

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

UNIDAD DE POSTGRADO

**Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los
servicios de salud**

TESIS

para optar el grado académico de Magíster en Economía de la Salud

AUTOR

César Félix Enrique Longaray Chau

Lima – Perú

2010

Dedicado a mis amores: Irina, Norally, Valodia e Irinka

INDICE

	Página
Resumen	4
Introducción	6
Capítulo I	
Marco de Referencia	8
1.1 Problema	8
1.2 Marco Teórico	10
1.3 Hipótesis	11
1.4 Objetivos	12
1.5 Metodología	12
Capitulo II	
Características sociodemográficas y nivel socioeconómico de la población ...	18
Capitulo III	
Aseguramiento y Seguro Integral de Salud	21
Capitulo IV	
Acceso a servicios de salud y Seguro Integral de Salud	23
Capítulo V	
Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a servicios de salud	32
Discusión	40
Conclusiones	53
Recomendaciones	55
Bibliografía	57
Anexos	62

RESUMEN

La pobreza es la principal barrera para acceder a los servicios de salud dado el alto costo económico que implica para la población pobre. El Estado ha implementado el Seguro Integral de Salud (SIS) como un sistema de aseguramiento público subsidiado, aunque aún con cobertura parcial, dirigido especialmente al binomio madre-niño en situación de pobreza. La sola creación de un sistema de aseguramiento gratuito para la población más vulnerable no asegura una mejora en el acceso a servicios de salud si existen otras barreras tales como las de origen cultural, educativo, geográfico y saneamiento ambiental.

El presente estudio determinó el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el año 2007. Se utilizó como fuente secundaria los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta anualizada del año 2007. El nivel socioeconómico se determinó por el gasto en consumo de los hogares y se agrupó la población por quintiles de riqueza. Para medir el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud se realizó análisis multinivel con el modelo Probit, empleando el software de análisis estadísticos de data STATA 10. Se asociaron variables explicativas: área de residencia, nivel educativo, sexo, edad, hacinamiento, abastecimiento de agua y servicios higiénicos.

Al realizar el análisis probit se obtuvo que el SIS tuvo impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en forma significativa. El nivel socioeconómico influyó significativamente sobre el acceso a los servicios de salud y pertenecer a un nivel económico inferior a Q5 afectó negativamente el acceso. El residir en área urbana tuvo influencia significativa y afectó negativamente el acceso. La edad influyó significativamente, afectando positivamente el acceso en los menores de 3 años y negativamente en los grupos de 3-17 y de 18-65 años. La variable sexo (de la población general) tuvo efecto significativo pero el ser varón afectó negativamente el acceso. El nivel educativo del jefe del hogar tuvo impacto significativo negativo sobre el acceso solo en los dos grupos con menor nivel educativo. El no contar con servicios higiénicos adecuados tuvo impacto negativo sobre el acceso. El residir en alguna región natural en

particular, el sexo del jefe del hogar, la presencia de hacinamiento y la fuente de abastecimiento de agua no ejercieron influencia significativa sobre el acceso.

Conclusiones:

El Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1 y Q2) y si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19.93%.

Casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29.8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud (SIS). Del total de personas que usaron el SIS para atenderse, 38.6% pertenecía a Q1 y 32.4% a Q2.

El principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos, seguido de EsSalud con 18.3%, el sector privado con el 16.6% y las Fuerzas Armadas/Policiales con el 1.3% de los que accedieron a un establecimiento de salud.

La mayor parte de la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48.1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37.8%), la tercera causa fueron las enfermedades crónicas (12.1%) y los accidentes constituyeron el 2% de la demanda de atención.

Palabras clave: seguro integral de salud, acceso a servicios de salud

INTRODUCCION

Desde la década pasada, el sector de salud en Perú ha ido mostrando un lento avance que se refleja en la disminución de algunos indicadores de salud como las tasas de mortalidad infantil, desnutrición crónica y de mortalidad materna. Sin embargo, la disminución de la tasa de mortalidad materna aun es muy modesta y es muy probable que al ritmo actual no se logre cumplir con el objetivo del milenio correspondiente a este indicador.¹ A pesar de estos avances, la pobreza sigue siendo la principal barrera a la que se enfrenta la población. El alto costo económico que implica el acceder a los servicios de salud es la principal fuente generadora de estas inequidades.

Como los más pobres carecen de alguna fuente de aseguramiento, ante una necesidad de salud deben cubrir los gastos con recursos de su propio bolsillo y al no contar con estos, no acceden a servicios de salud adecuados en forma oportuna o simplemente no acceden a ningún servicio.

Ante esto, el Estado ha planteado una política de aseguramiento dirigida principalmente a la población que no cuenta con ningún seguro, implementando desde fines de los noventas diferentes modalidades de seguros y que actualmente han sido unificados en un sistema de aseguramiento denominado Seguro Integral de Salud (SIS).² Según Jaramillo y Parodi (2004),³ estos seguros estuvieron dirigidos a reducir la carga económica del acceso a servicios de salud de madres e infantes pobres y aunque reconocen que aumentaron considerablemente la cobertura en un corto período de tiempo, el acceso para los segmentos más pobres de la población, que era la población objetivo del programa, permaneció limitado, concentrándose en los niveles socioeconómicos medios.

Esto plantea la necesidad de un control permanente de nuestro sistema de aseguramiento y la búsqueda de fórmulas eficaces para lograr mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de los grupos poblacionales más vulnerables. Instrumentos como la Encuesta

¹ NACIONES UNIDAS. (2,000) y NACIONES UNIDAS – PERÚ (2,004)

² NORMAS LEGALES (2,002) y PARODI SIFUENTES, Sandro (2,005)

³ JARAMILLO BAANANTE, Miguel (2,004)

Nacional de Hogares (ENAH),⁴ realizada permanentemente por el Instituto Nacional de Estadística (INEI) constituye una importante fuente de información sobre el estado dinámico de las necesidades de salud de la población y si logran o no satisfacer dichas necesidades.

Es muy importante conocer cuanto contribuye un sistema de aseguramiento como el SIS para ayudar a alcanzar mejoras significativas en el nivel de salud de la población. Alcanzar la mayor eficiencia y un adecuado uso de los recursos del SIS dependerá de la información objetiva con que se cuente para poder realizar correcciones oportunas. El presente estudio busca determinar el impacto que tiene el estar asegurado con el Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud.

⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-INEI. (2,005)

CAPITULO I

MARCO DE REFERENCIA

1.1 PROBLEMA

1.1.1 IDENTIFICACION DE PROBLEMA

Uno de los cambios más importantes que se han producido en Perú con relación a la política social en la última década ha sido el movimiento de subsidios generales a políticas focalizadas hacia los segmentos más pobres de la población. Qué tan efectivos han sido en llegar a los más pobres es una pregunta que debemos plantearnos forzosamente.

Entre 1997 y 1998 el MINSA inició dos programas de extensión de cobertura orientados a dos grupos prioritarios: niños y madres. El Seguro Escolar Gratuito (SEG), iniciado en 1997, se propuso la atención integral en la red pública de organismos de salud a todos los escolares entre 3 y 17 años matriculados en establecimientos públicos del país. El instrumento para focalizar el gasto en los sectores más pobres fue la exclusión de los alumnos de planteles privados. Pero, además de otros problemas, era dudosa su viabilidad financiera.

Por otro lado, el Seguro Materno Infantil (SMI), iniciado a fines de 1998 en dos zonas piloto del país, se enfocó en el grupo de riesgo formado por mujeres embarazadas y en puerperio, lo mismo que sus hijos hasta los 4 años. Su aplicación se inició en el departamento de Tacna y la provincia de Moyobamba y a partir del año 2000 se extendió progresivamente a otros departamentos del país. A mediados del año 2001, se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) que fusionó el SEG y el SMI.⁵

La implementación del Seguro Integral de Salud (SIS), como un sistema de aseguramiento público subsidiado, aunque aun con cobertura parcial, dirigido especialmente al binomio madre-niño en situación de pobreza, constituye una de las

⁵ JARAMILLO BAANANTE, Miguel (2,003)

propuestas más importantes para avanzar hacia el aseguramiento universal: mientras que en el año 1985, sólo 18% de la población peruana contaba con algún tipo de seguro en salud, en el año 2005, el 35% de la población declaró tener alguna forma de aseguramiento en salud. Sin embargo, aun queda 65% de la población sin seguro de salud. Parte de esta población son personas en situación de pobreza que no han logrado acceder al SIS.⁶

1.1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA

El presente estudio investigará el impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en el año 2007 en el Perú.

1.1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto del seguro integral de salud en el acceso a servicios de salud en los grupos poblacionales más pobres?

1.1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Si bien es cierto que el aseguramiento favorece el acceso a los servicios de salud en general, también es cierto que esto no asegura que los más pobres sean quienes se benefician más en relación al acceso a servicios de salud.

La sola creación de un sistema de aseguramiento gratuito para la población más vulnerable no asegura una mejora en el acceso a servicios de salud si existen otras barreras tales como las de origen cultural, educativo, geográfico. Es cierto que las afiliaciones en el SIS han venido presentando un incremento sostenido (En el año 2003: 7,571,302 personas aseguradas; en el año 2006: 10,389,190 personas aseguradas) pero es el plan correspondiente a gestantes y puérperas el que viene disminuyendo sus afiliados en forma sostenida (de 726,150 afiliadas en el año 2003 a

⁶ SEINFELD, Janice (2,006)

196,702 afiliadas en el año 2006);⁷ estos son hechos que ameritan investigación, así como el hecho de que el gasto per cápita realizado por el SIS sea mayor y hasta el doble en algunas zonas menos pobres respecto a zonas de extrema pobreza como Huancavelica.⁸

1.2 MARCO TEÓRICO

El alto porcentaje de la población que no cuenta con una cobertura de seguro representa un importante factor limitante de la demanda de servicios de salud. En un estudio sobre la brecha de la oferta y demanda de los servicios de salud en Perú, publicado el año 2003, solo el 39 % de la población nacional contaba con algún seguro y el nivel de aseguramiento variaba de manera progresiva según el grado de desarrollo y nivel socioeconómico; en Lima Metropolitana era de 49%, mientras que en las áreas rurales sólo alcanzaba 27% de la población, observándose los mayores porcentajes de aseguramiento en los segmentos no pobres en todas las áreas.⁹

En el Perú existen los siguientes tipos de aseguramiento: el seguro integral de salud (SIS), el seguro social (Essalud), la sanidad de las fuerzas armadas (F.F.A.A.) y policiales (F.F.P.P) y los seguros privados. En el año 2004, el 36.9 % de la población contaba con algún tipo de seguro, aumentando ligeramente para el año 2007 a 41.8% de la población. El Minsa fue el principal proveedor de servicios de salud para todos los grupos socioeconómicos, especialmente para los grupos más pobres (quintiles Q1 y Q2). En el caso de los más pobres (quintil Q1), el Minsa fue prácticamente el único proveedor sanitario.¹⁰

El objetivo del Seguro Integral de salud es proteger a la población que no cuenta con ningún seguro y así constituirse en la principal herramienta para eliminar las barreras que impiden a los más pobres a acceder a los servicios de salud.

⁷ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (2,004) y SEGURO INTEGRAL DE SALUD (2,007)

⁸ OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA-MINISTERIO DE SALUD (2,006)

⁹ MADUEÑO DÁVILA, Miguel (2,003)

¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI (2,009)

En e año 2007, según Decreto Supremo N° 006-2006-SA, el SIS contaba con los siguientes planes: ¹¹

Plan A: niños de 0 a 4 años

Plan B: niños y adolescentes de 5 a 17 años

Plan C: gestantes y puérperas

Plan D: adultos en situación de emergencia

Plan E: adultos focalizados determinados por la Ley

Plan G: componente de aseguramiento semicontributivo

Si bien es cierto que las afiliaciones han ido aumentando progresivamente, en especial en el quintil más pobre, también se debe vigilar el correcto desarrollo del proceso de oferta del SIS en función de resultados. Poco a poco se dan cambios como el mayor aumento relativo de las afiliaciones en provincia respecto a Lima pero también se debe vigilar que los afiliados accedan a los servicios de salud cuando los requieran; máxime si cuentan con SIS. Según la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de Vida y Pobreza (ENAHPO) de marzo del 2006,¹² del total de personas que refirieron algún malestar o enfermedad o accidente, el 72.6% no se atendió en ningún servicio de salud; esto no guarda relación con el hecho de que existan casi 7 millones de afiliados al SIS, salvo que no accedan a estos servicios a pesar de estar afiliados.

1.3 HIPÓTESIS

El seguro integral de salud tiene impacto positivo en el acceso a servicios de salud en los grupos poblacionales más pobres del Perú (Q1 y Q2).

¹¹ NORMAS LEGALES (2,006)

¹² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI (2,006)

1.4. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el año 2007, según ENAHO2007.

Objetivos Específicos

1. Determinar el acceso a los servicios de salud haciendo uso del SIS.
2. Determinar la significancia de la influencia que tienen el sexo, edad, nivel socioeconómico, área de residencia (rural/urbana), región natural (costa/sierra/selva), sexo y nivel educativo del jefe de hogar, hacinamiento, el tipo de servicios higiénicos y el abastecimiento de agua en el acceso a los servicios de salud.
3. Determinar el proveedor de la atención de salud: Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social (EsSalud), Seguro Privado, F.F.A.A., Policía Nacional, ó Particular.
4. Determinar el tipo de necesidad de atención de salud, según percepción de enfermedad.

1.5. METODOLOGÍA

1.5.1. AREA DE ESTUDIO

El Perú es un país heterogéneo ubicado en la zona occidental de América del Sur y tiene una latitud casi ecuatorial. Se caracteriza por su diversidad geográfica, climatológica, étnica, económica, social y cultural. Según el censo nacional del año 2007, la población de Perú era de 28, 220,764 habitantes; Lima albergaba aproximadamente el 30 % de la población del país y el 75.9% de la población nacional vivía en zonas urbanas.¹³

¹³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI (2,007)

1.5.2. DISEÑO:

Es un estudio descriptivo, transversal que mide atribución, peso del Seguro Integral de Salud en el acceso a servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú, año 2007.

1.5.3. FUENTE DE DATOS

Utilizará como fuente secundaria los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta anualizada del año 2007.

1.5.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza (ENAHO) se realiza a nivel nacional, en el área urbana y rural, en los 24 Departamentos del Perú y la Provincia Constitucional del Callao. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), desde el año 1995 viene ejecutando la Encuesta Nacional de Hogares. Esta encuesta hasta el año 2002 se realizaba en el cuarto trimestre de cada año, con una cobertura nacional y con niveles de inferencia de los resultados para dominios geográficos de: Costa Urbana, Costa Rural, Sierra Urbana, Sierra Rural, Selva Urbana, Selva Rural y Lima Metropolitana. A partir de mayo del año 2003, la ENAHO deja de lado ese diseño de la muestra para la ejecución de la encuesta en períodos de recolección de datos trimestrales, pasando a una encuesta continua con registro de información en las 52 semanas del año, con la finalidad de obtener información para producir indicadores sociales mensuales, trimestrales y anuales.¹⁴

¹⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI (2,006)

1.5.5. POBLACION Y MUESTRA

El tamaño total de la muestra nacional de la ENAHO 2007 es de 22,640 viviendas (13,824 viviendas urbanas y 8,816 viviendas rurales), está agrupada en 3,406 conglomerados (2,304 conglomerados urbanos y 1,102 conglomerados rurales).¹⁵ Se considera la selección de una muestra de 6 viviendas por conglomerado para el área urbana y 8 viviendas para el área rural. Al total de encuestados generados (92,158) se los clasificará según NSE en quintiles (Q1, Q2, Q3, Q4 y Q5) y se estudiará especialmente a los quintiles más pobres (Q1 y Q2).

1.5.6. VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Principales

- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: si percibió necesidad de atención de salud, tuvo o no tuvo acceso a un servicio de salud, en el año 2007.
- SIS: contaba o no contaba con cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) en el año 2007.

Secundarias

- Nivel Socio Económico, dividido en quintiles: Q1, Q2, Q3, Q4, Q5
- Tiempo: año 2007
- Cobertura de seguro: Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro Social (EsSalud), seguro F.F.A.A., seguro Policía Nacional, o Seguro Privado.
- Sexo: masculino, femenino
- Edad
- Área de residencia: rural, urbana.
- Región de residencia: costa, sierra, selva.
- Sexo del jefe de hogar.
- Nivel educativo del jefe de hogar.

¹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Encuesta Nacional de Hogares Anual 2007 Documento: Ficha Técnica*

- Hacinamiento
- Abastecimiento de agua.
- Tipo de servicios higiénicos.
- Tipo de necesidad de atención de salud.
- Tipo de proveedor de la atención de salud

Cuadro N° 1:

Nivel Socio Económico, Acceso a servicio de salud y Seguro Integral de salud: criterios para asignar valor y forma de medición.

VARIABLES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR EL VALOR A LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN
NSE	Q1 Más pobre Q2 Q3 Q4 Q5 Menos pobre	Gastos de Consumo de los Hogares. (Ver Análisis: NSE)	Fuente secundaria: ENAHO 2007. Técnica de Línea de pobreza según gastos por consumo, desarrollado por INEI.
Acceso a servicios de salud	SI NO	Si cuando presentó molestias o síntomas o enfermedad o accidente, tuvo o no acceso a un servicio de salud	Fuente secundaria: ENAHO 2007. Modelo de regresión Probit multinivel.
Seguro Integral de Salud	SI NO	Posee cobertura por el Seguro Integral de Salud (SIS)	Fuente secundaria: ENAHO 2007. Modelo de regresión Probit multinivel.

1.5.7. ANALISIS

Nivel Socio Económico de los individuos (NSE)

Entre individuos que pertenecen a distintos grupos socio-económicos se establecen diferencias en salud, nutrición y población, las mismas que son

identificadas en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). En el enfoque a utilizar, el nivel socio-económico (NSE) se define en términos de consumo. El gasto en consumo, es un indicador de bienestar de los hogares, porque al incluirse los recursos provenientes del ahorro y crédito, se obtiene una imagen más completa del conjunto de bienes y servicios a los cuales el hogar tiene acceso. Asimismo, los gastos del hogar reflejan de manera adecuada los estándares de vida corrientes y de largo plazo. Los Gastos de Consumo de los Hogares, son aquellos destinados a la adquisición de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de consumo de los miembros del hogar.¹⁶

Desde el año 1995, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) mide la pobreza, y desde 1997 lo hace aplicando una metodología homogeneizada y estandarizada. En el año 2001 realizó una nueva revisión de la metodología que venía utilizando. La noción de pobreza asumida es la monetaria absoluta y objetiva, según la cual los pobres son definidos como los individuos residentes en hogares cuyos gastos per cápita sean inferiores al valor de una determinada línea de pobreza (LP). Uno de los componentes en la medición de la pobreza por el método de la Línea de Pobreza es el indicador de bienestar. El INEI optó por el gasto de los hogares como el indicador de bienestar que sirve de base para la medición de la pobreza.¹⁷

La estratificación en quintiles por el gasto es un indicador que permite identificar y distribuir a la población de acuerdo a su nivel de pobreza, desde muy pobre (quintil 1) a menos pobre (quintil 5). A cada miembro del hogar se le asigna un promedio mensual del gasto total (gasto per cápita), el cual es extrapolado a toda la población según el ámbito geográfico que se observe.¹⁸ Esto permite crear quintiles poblacionales de "bienestar" o de "riqueza".

¹⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004 Consumo y pobreza*

¹⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Condiciones de vida en los departamentos del Perú: 2003-2004*; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Perú: Perfil de la pobreza según departamento* ; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004 Consumo y pobreza*.

¹⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004 Consumo y pobreza*

Análisis Estadístico¹⁹

Para medir el impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud se realizara análisis multinivel con el modelo Probit. El acceso a los servicios de salud es una variable dicotómica. Si al existir necesidad de atención de salud, pudo acceder a un servicio de salud, se considerara que sí hubo acceso a los servicios de salud; si no pudo acceder, se considerara que no hubo acceso a los servicios de salud. Por esto, se desarrollara un modelo de regresión Probit multinivel. En este modelo Y_{ij} es la probabilidad de acceso a los servicios de salud dado el nivel individual (i) y el nivel comunitario (j). Las variables explicativas del modelo son las del nivel individual (X_i) y las del nivel comunitario (X_j). La variable P representa si empleó o no el Seguro Integral de Salud para atenderse, considerado en el nivel individual. Los coeficientes β_2 representan el estimado del impacto del programa. El símbolo ε es el término de error asociado con el nivel individual y comunitario (variables no observadas). El modelo se expresa de la siguiente forma:

$$\text{Probit } Y_{1ij} = \beta_0 + \beta_1 X_{ij} + \beta_2 P_j + \beta_3 X_j + \varepsilon_{ij}$$

En las variables explicativas del nivel individual se incluye el nivel socioeconómico que se determina por el gasto en consumo de los hogares y se forman quintiles de riqueza, utilizando el programa para análisis estadístico SPSS 15. El análisis de impacto se realizará con el software de análisis estadísticos de data STATA 10.

¹⁹ VELÁSQUEZ, Aníbal (2,004)

CAPITULO II

CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS Y NIVEL SOCIO ECONOMICO DE LA POBLACION

La encuesta nacional de hogares (ENAH) anualizada correspondiente al año 2007 recoge una data de 92,158 encuestados. Sus resultados se extrapolaron, teniendo en cuenta el factor de expansión correspondiente, representando una población nacional de 28'716,969 personas. De esta población, el 62.3% se percibió enferma (afectada por algún malestar, enfermedad no crónica, enfermedad crónica o accidente) durante el año 2007 (gráfico N°1). Sin embargo, a pesar de percibirse enfermos, por diferentes motivos, no todos lograron acceder a un servicio de salud; es decir, ser atendidos en un establecimiento de salud institucional: del Ministerio de Salud o de EsSalud o de las Fuerzas Armadas/Fuerzas Policiales o del sector privado (clínicas, centros médicos, consultorios médicos privados).

Gráfico N° 1

Población total según percepción de enfermedad, ENAHO 2007

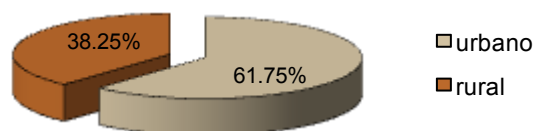


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

Del total de población que reportó haberse percibido enferma, la mayoría reside en áreas urbanas (61.75%) (gráfico N°2). Por regiones naturales, la sierra ocupa el primer lugar (40.12%) seguido muy de cerca por la costa (38.81%) y la selva representa el menor porcentaje (21.07%).

Gráfico N° 2

Población que se percibió enferma según área de residencia



Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

En lo referente a género, el 53.8% de toda la población que se percibió enferma eran mujeres. Sin embargo, entre los jefes de hogar de la población que se percibió enferma, predominaba marcadamente el sexo masculino (80.9%) (Tabla N°1).

Tabla N°1

Población que se percibió enferma según sexo de la población general y del jefe del hogar, ENAHO 2007

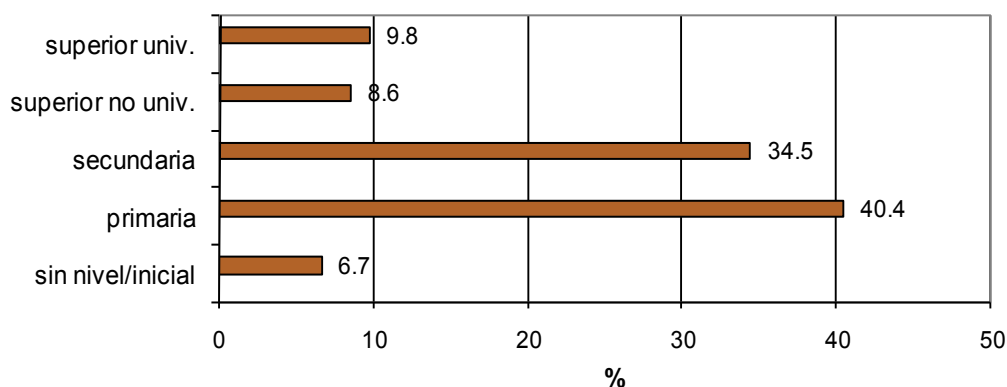
	MASCULINO	FEMENINO	
Sexo de población que se percibió enferma	46.2%	53.8%	100.0%
Sexo del jefe del hogar en población que se percibió enferma	80.9%	19.1%	100.0%

Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

El nivel educativo predominante entre los jefes de hogar de la población que se percibió enferma era de educación escolar primaria (40.4%); seguidos de aquellos con educación secundaria. Menos del 19% de los jefes de hogar tenían nivel de educación superior (gráfico N°3).

Gráfico N° 3

Nivel educativo del jefe de hogar en la población que se percibió enferma,
ENAH0 2007



Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

Dentro de las características de la vivienda del hogar, encontramos presencia de hacinamiento (4 ó más personas por habitación de vivienda usada como dormitorio) en el 13.7% de hogares de la población que se percibió enferma. El 21.8% de hogares no contaban con servicios higiénicos adecuados; se consideran servicios adecuados, el contar con pozo séptico o red pública de desagüe dentro o fuera de la vivienda. El 35% de hogares no contaba con abastecimiento de agua adecuado; se considera abastecimiento adecuado, el contar con pilón público o red pública de agua dentro o fuera de la vivienda (Tabla N°2).

Tabla N°2

Hacinamiento, Servicios higiénicos y Abastecimiento de agua en
población que se percibió enferma, ENAH0 2007

Características de vivienda	SI	NO	
Presencia de hacinamiento	13.7%	86.3%	100.0%
Servicios higiénicos adecuados	78.2%	21.8%	100.0%
Abastecimiento de agua adecuado	65.0%	35.0%	100.0%

Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

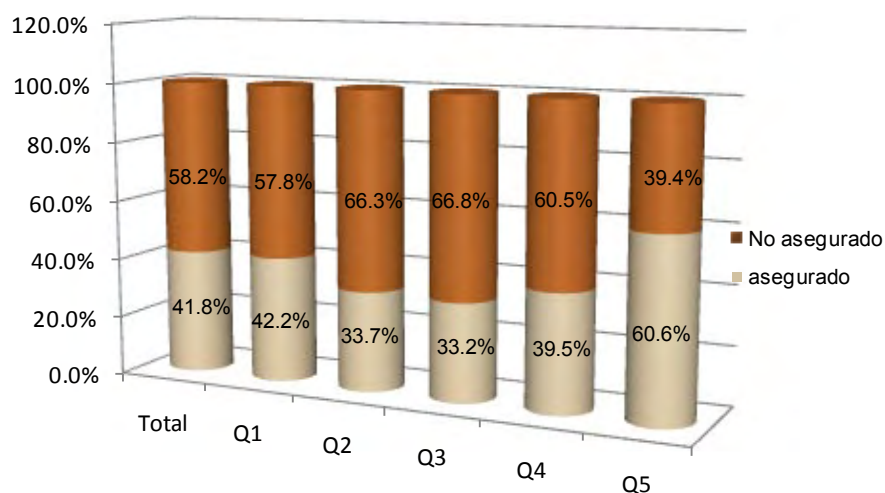
CAPITULO III

ASEGURAMIENTO Y SEGURO INTEGRAL DE SALUD

De la población total encuestada, solo el 41.8% cuentan con algún tipo de seguro que cubra su necesidad de atención sanitaria, mientras que el otro 58.2% no posee cobertura por ningún sistema de aseguramiento. En todos los quintiles socioeconómicos, excepto en el quintil 5, es mayor la proporción de población sin cobertura de seguro (57.8% - 66.8%). En el quintil 5, el 60.6% de la población sí cuenta con cobertura de algún seguro de salud. La proporción de población que cuenta con cobertura de algún seguro de salud en Q1 (42.2%) es mayor que en Q2, Q3 y Q4 inclusive. (Gráfico N°4)

Gráfico N°4

Población total afiliada a algún seguro de salud según nivel socioeconómico, ENAHO 2007

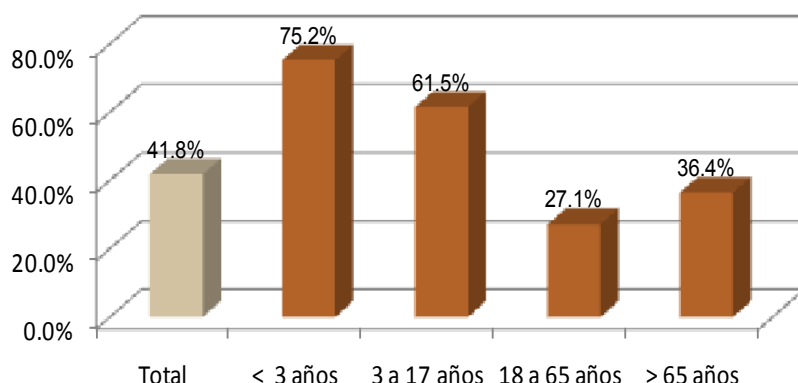


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

En la población total, el 75.2% de la población menor de 3 años está afiliada a algún sistema de seguro de salud; mientras que en el grupo etáreo de 18 a 65 años (población económicamente activa), solo el 27.1% cuenta con algún seguro de salud (gráfico N°5). En la población que se percibió enferma, se observa que la proporción de aseguramiento tanto por nivel socioeconómico como por grupos etáreos es muy similar al de la población total.

Gráfico N°5

Población total afiliada a algún seguro de salud según edad, ENAHO 2007

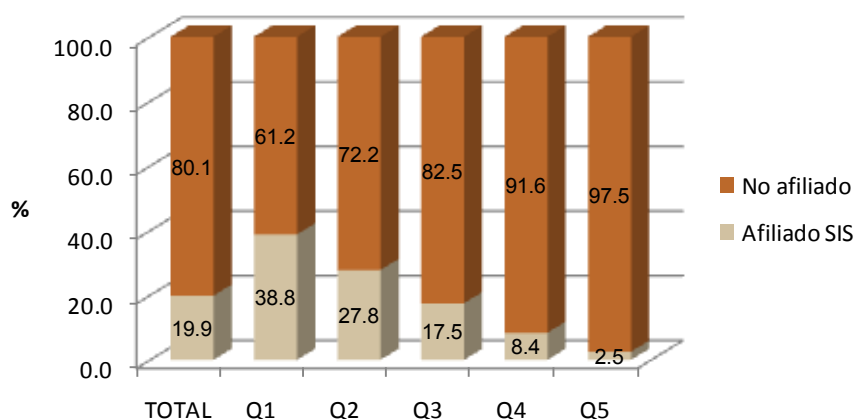


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

El 19.9% de la población que se percibió enferma está afiliado al Seguro Integral de Salud. En el quintil con menos ingresos económicos (Q1) se observa la mayor proporción de afiliados al SIS, el 38.8% de las personas en Q1 están afiliados al SIS. Conforme avanzamos hacia quintiles con mayor ingreso económico, observamos que la proporción de afiliados al SIS en cada quintil va disminuyendo. Inclusive, en el quintil con mayor ingreso económico (Q5), se encuentra que el 2.5% están afiliados al SIS (gráfico N°6).

Gráfico N° 6

Población que se percibió enferma según afiliación al SIS y nivel socio económico, ENAHO 2007



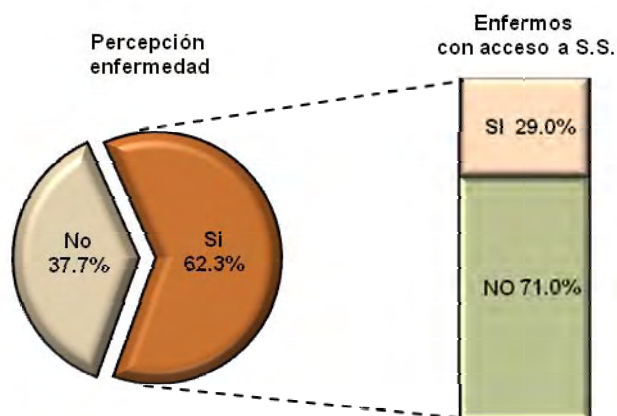
Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

CAPITULO IV

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y SEGURO INTEGRAL DE SALUD

El 62.3% de la población total encuestada se percibió enferma y representa a 17'898,943 habitantes; de estos, solo el 29% accedió a un servicio de salud (gráfico N°7). El 71% restante no accedió a un servicio de salud y al preguntarles cuáles eran las razones por las que no acudió a un establecimiento de salud (pregunta 409, ENAHO 2007, permite más de una respuesta) se encontró que el principal motivo tanto en el área rural como urbana fue que consideraban que la molestia/enfermedad no era grave por lo que no ameritaba atenderla en un establecimiento de salud (33.9% y 38.1%, respectivamente). (gráfico N°8)

Gráfico N° 7
Acceso a los Servicios de Salud (S.S.), ENAHO 2007



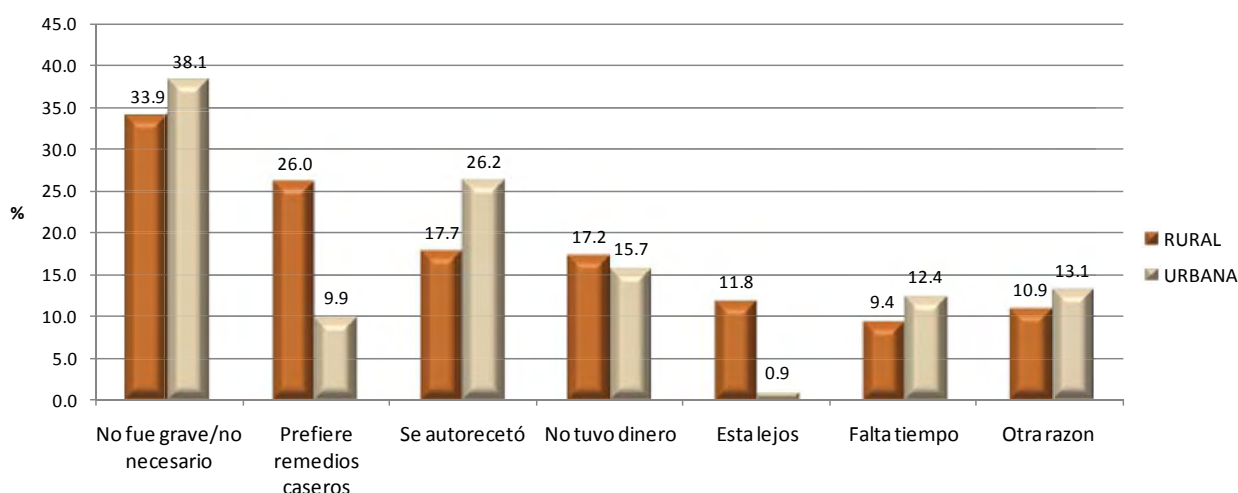
Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

En el área rural, la segunda causa por la que no acudieron a un establecimiento de salud fue que prefirieron remedios caseros (26 %) y en el área urbana, la segunda causa se debió a que decidieron auto recetarse (26.2 %). El no contar con dinero, en el área rural,

representa la cuarta causa que evitó el acceso a un servicio de salud; mientras que en el área urbana ocupa el tercer lugar, con 17.2% y 15.7% respectivamente. La lejanía del establecimiento de salud solo fue relativamente importante en el área rural (11.8%), representando la quinta causa de no acceso (gráfico N°8).

Gráfico N° 8

Razones por las que no acudió a un establecimiento de salud según área de residencia, ENAHO 2007



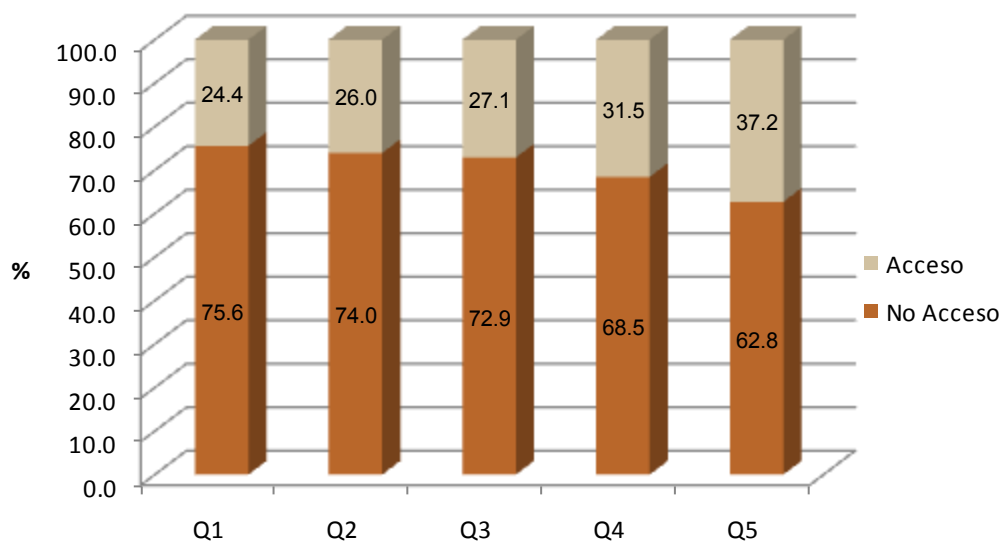
Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

En la población que se percibió enferma, la población que pertenecía a los quintiles más pobres (Q1 y Q2) presentaba la menor proporción de acceso por quintil; solo el 24.4% de los que pertenecían al quintil 1 logró acceder a servicios de salud, esta proporción fue aumentando ligeramente conforme mejoraba el nivel socioeconómico; así, el 37.2% de los que pertenecían al quintil 5 logró acceder a servicios de salud (gráfico N°9).

De la totalidad de la población que logró acceder a servicios de salud, se observó que la mayoría pertenecían al quintil con más ingresos económicos (Q5), 26.2%; mientras que los de menores ingresos económicos (Q1), representaban la menor proporción, 15.1%. Los quintiles más pobres (Q1 y Q2), representaban juntos no más de la tercera parte (33.1%) de la población con acceso (gráfico N°10).

Gráfico N° 9

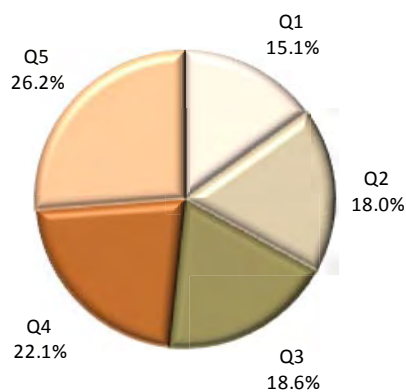
Población que se percibió enferma, según acceso a Servicios de Salud por nivel socioeconómico, ENAHO 2007



Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

Gráfico N°10

Población que accedió a Servicios de Salud según nivel socioeconómico, ENAHO 2007



Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

De la población que se percibió enferma, solo el 28.6 % de la que residía en el área rural y el 29.1 % de la que residía en el área urbana lograron acceder a servicios de salud. De

otro lado, de la población que logró acceder a servicios de salud, el 62.2 % residía en áreas urbanas y el 37.8 % en áreas rurales (Tabla N°3).

Tabla N°3

Poblacion que se percibio enferma, según area de residencia y acceso a servicios de salud, ENAHO 2007

	sin acceso	con acceso	
rural	71.4%	28.6%	100.0%
	38.2%	37.8%	
urbana	70.9%	29.1%	100.0%
	61.8%	62.2%	
	100.0%	100.0%	

Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

De la población que se percibió enferma, solo el 32.3 % de la que residía en el área rural y el 12.2 % de la que residía en el área urbana estaban afiliados al SIS. De la población que se percibió enferma y estaba afiliada al SIS, el 62.2 % residía en áreas rurales y el 37.8 % en áreas urbanas (Tabla N°4).

Tabla N°4

Poblacion que se percibio enferma, según area de residencia y afiliacion al SIS, ENAHO 2007

	No afiliado SIS	Afiliado SIS	
rural	67.7%	32.3%	100.0%
	32.3%	62.2%	
urbana	87.9%	12.2%	100.0%
	67.7%	37.8%	
	100.0%	100.0%	

Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

De la población que accedió a servicios de salud, el 50.7 % de la que residía en el área rural y el 17.1 % de la que residía en el área urbana utilizaron cobertura del SIS para atenderse. De la población que accedió a servicios de salud utilizando la cobertura del SIS, el 64.4 % residía en áreas rurales y el 35.6 % en áreas urbanas (Tabla N°5).

Tabla N°5

Poblacion que accedio a servicios de salud, según area de residencia y uso de SIS para atenderse, ENAHO 2007

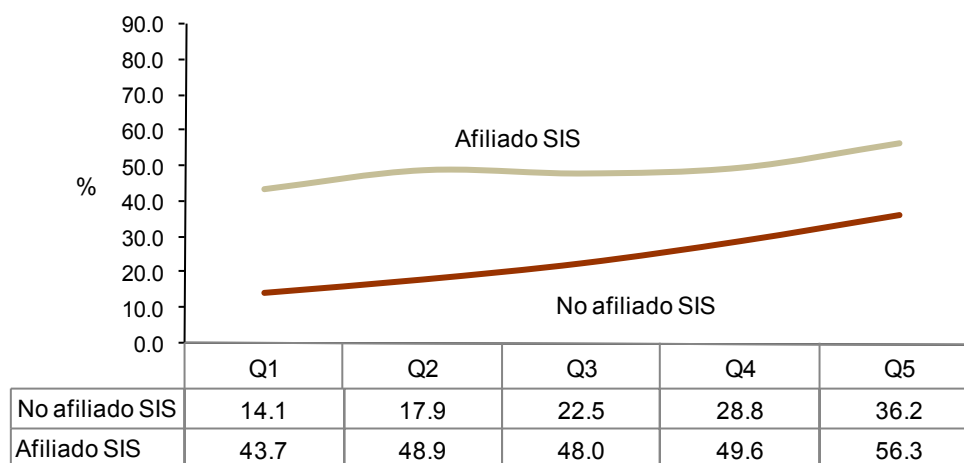
	No uso SIS	Uso SIS	
rural	49.3%	50.7%	100.0%
	26.6%	64.4%	
urbana	89.9%	17.1%	100.0%
	73.4%	35.6%	
	100.0%	100.0%	

Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

Al evaluar la tasa de acceso a servicios de salud entre la población que percibió enfermedad, según NSE y afiliación al SIS, se observó que en todos los niveles socioeconomicos, aquellos que estaban afiliados al SIS tuvieron una marcada mayor tasa de acceso en relación a aquellos que no estaban afiliados al SIS. La mayor brecha se observa en Q2 donde 48.9 % de las personas afiliadas al SIS que se percibieron enfermas, lograron acceder a servicios de salud; mientras que solo el 17.9 % de los no afiliados al SIS que se percibieron enfermos tuvo acceso a S.S. Tanto entre los afiliados como los no afiliados al SIS, las mayores tasas de acceso se evidenciaron en la población de mayores ingresos (Q4 y Q5) (gráfico N° 11).

Gráfico N° 11

Tasa de acceso a servicios de salud en población que se percibió enferma, según NSE y afiliación al SIS, ENAHO 2007

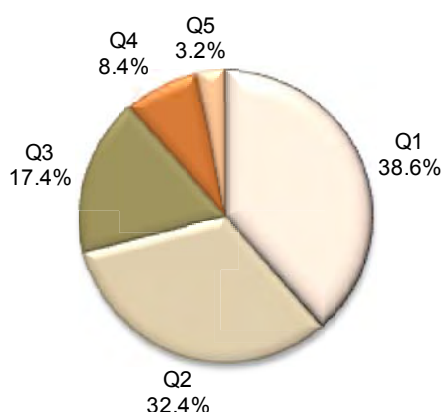


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

Del total de personas que accedieron a algún servicio de salud en el año 2007, el 29.8% se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud (SIS). Del total de personas que usaron el SIS para atenderse, la mayoría pertenecía al quintil 1 (38.6%); mientras que el 29% de la población usuaria del SIS pertenecía a los quintiles socioeconómicos no pobres (Q3, Q4, Q5) (gráfico N°12).

Gráfico N° 12

Usuarios del SIS según nivel socioeconómico, ENAHO 2007

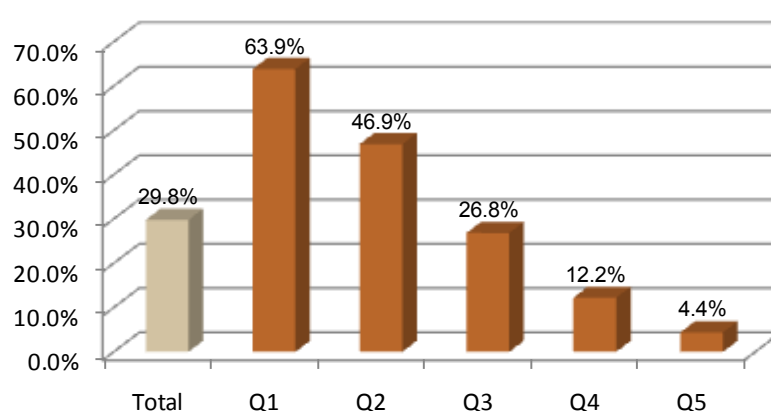


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

En la población que accedió a servicios de salud, entre los que pertenecían al quintil 1 (Q1) se observó la mayor proporción de uso de cobertura SIS, el 63.9% de los que pertenecían a Q1 accedió a servicios de salud utilizando el SIS. Según aumentaba el nivel socioeconómico, disminuía la proporción de uso de SIS. Inclusive, en el quintil 5 (Q5), un 4.4% accedió a servicios de salud a través del SIS (gráfico N°13).

Gráfico N° 13

Población que accedió a servicios de salud usando el SIS según nivel socioeconómico, ENAHO 2007

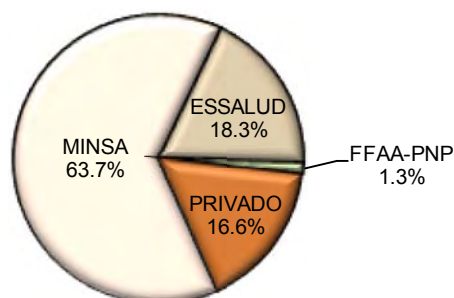


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

Si tenemos en cuenta la edad de la población que accedió a servicios de salud, el 56.3% del grupo menor de tres años, el 53.7% del grupo de 3 a 17 años, el 10.4% del grupo de 18 a 65 años y el 6.8% de los mayores de 65 años accedieron usando el SIS.

En la población que accedió a servicios de salud se observó que el principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos. Muy alejado del primero, el segundo proveedor fue Essalud con 18.3% de los atendidos. La cuota de mercado como proveedor de servicios de salud por parte de las fuerzas armadas y policiales (FFAA-PNP) fue mínima, 1.3% del total que accedió a S.S. (gráfico N°14).

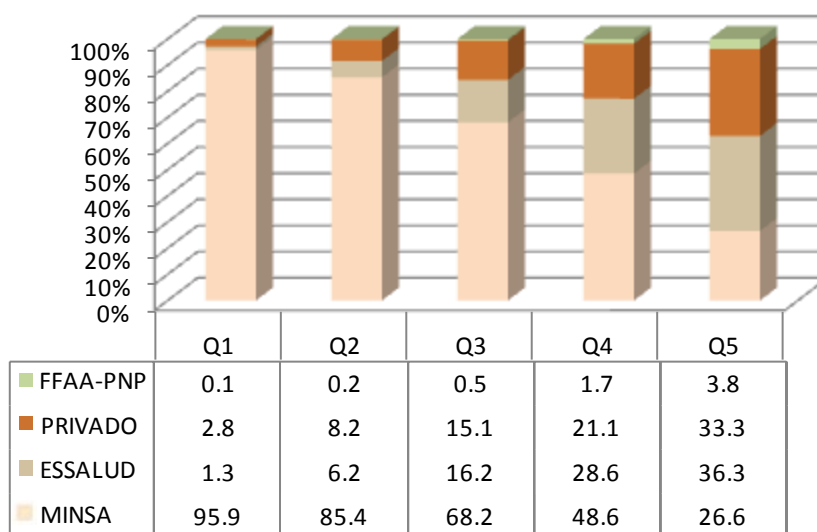
Gráfico N° 14
Población con acceso a servicios de salud según
proveedor del servicio de salud, ENAHO 2007



Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

La población que accedió a servicios de salud y pertenece al quintil 1 depende casi totalmente de establecimientos del Ministerio de Salud para satisfacer su demanda de atención; el 95.6% de ellos se atendió en el MINSA y su segundo proveedor de servicios de salud fue el sector privado (2.8%). Situación similar se observa entre los que pertenecen al quintil 2, con una pequeña disminución del MINSA a 85.4% y un pequeño aumento del sector privado a 8.2%. Aún en el quintil 3 y quintil 4, el principal proveedor de servicios continua siendo el MINSA, con 68.2% y 48.6% respectivamente. La proporción de atendidos por Essalud adquiere importancia relativa solo en los quintiles no pobres (Q3, Q4, Q5). (gráfico N° 15)

Gráfico N° 15
Población que accedió a servicios de salud según proveedor del servicio
por nivel socioeconómico, ENAHO 2007

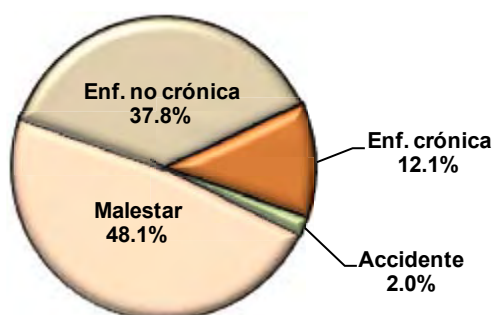


Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

La mayor parte de la población que accedió a servicios de salud reportó haber presentado un malestar (48.1%); siendo la segunda causa de atención las enfermedades no crónicas y alejadas en tercer lugar las enfermedades crónicas. Los accidentes constituyeron la menor proporción de demanda de atención (gráfico N° 16).

Gráfico N° 16

Población que accedió a servicios de salud según tipo de enfermedad percibida, ENAHO 2007



Fuente: INEI - Encuesta de Hogares sobre Condiciones de Vida, 2007. Elaboración propia.

CAPITULO V

IMPACTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La ENAHO anual del año 2007 realizó un total de 92,158 encuestas. A partir de estos resultados se realizó el análisis probit, considerando las siguientes variables:

Variable dependiente:

- Acceso a servicios de salud (dicotómica): acceso

Variables Independientes:

Variable programa:

- Afiliación al seguro integral de salud (dicotómica): sis

Variables explicativas:

- Nivel socioeconómico por quintiles: qpais1, qpais2, qpais3, qpais4, qpais5
- Area de residencia (rural, urbana): area
- Región natural donde reside: domin1(costa), domin2(sierra), domin3(selva)
- Edad : edad1(< de 3 años), edad2(3-17 años), edad3(18-65 años), edad4(>de 65 años)
- Sexo de población general (mujer, hombre): sexo
- Sexo de jefe del hogar: sex_jefe
- Nivel educativo del jefe del hogar: nivel_je1 (sin nivel o nivel inicial), nivel_je2 (primaria), nivel_je3 (secundaria), nivel_je4 (superior no universitario), nivel_je5 (superior universitario)
- Viviendas sin hacinamiento: hacinam
- Viviendas sin servicios higiénicos adecuados: nbi3
- Viviendas con abastecimiento adecuado de agua: agua


```
. probit acceso sis qpais1 qpais2 qpais3 qpais4 area domin1 domin2 edad1
edad2 edad3 sexo sex_jefe nivel_je1 nivel_je2 nivel_je3 nivel_je4 hacinam nbi3
agua, cluster (conglome)
```

```
Iteration 0: log pseudolikelihood = -34526.608
Iteration 1: log pseudolikelihood = -32214.308
Iteration 2: log pseudolikelihood = -32206.308
Iteration 3: log pseudolikelihood = -32206.307
```

```
Probit regression                                Number of obs   =      57376
                                                Wald chi2(20)   =      3624.70
                                                Prob > chi2     =      0.0000
Log pseudolikelihood = -32206.307              Pseudo R2      =      0.0672
```

(Std. Err. adjusted for 3406 clusters in conglome)

		Robust				
acceso	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----+-----						
sis	.6636018	.0200196	33.15	0.000	.6243642	.7028395
qpais1	-.684668	.0306224	-22.36	0.000	-.7446868	-.6246492
qpais2	-.5332079	.0255692	-20.85	0.000	-.5833226	-.4830933
qpais3	-.4086687	.0228773	-17.86	0.000	-.4535073	-.3638302
qpais4	-.2136118	.0212176	-10.07	0.000	-.2551974	-.1720261
area	-.1325815	.0227831	-5.82	0.000	-.1772355	-.0879275
domin1	-.0258959	.0221532	-1.17	0.242	-.0693155	.0175236
domin2	-.0053776	.0241581	-0.22	0.824	-.0527266	.0419713
edad1	.5981821	.0329012	18.18	0.000	.5336969	.6626672
edad2	-.0779976	.0252071	-3.09	0.002	-.1274027	-.0285925
edad3	-.1553034	.0223447	-6.95	0.000	-.1990983	-.1115085
sexo	-.0610772	.0115013	-5.31	0.000	-.0836194	-.0385351
sex_jefe	.03164	.0178334	1.77	0.076	-.0033127	.0665928
nivel_je1	-.1783318	.0388118	-4.59	0.000	-.2544016	-.102262
nivel_je2	-.1103886	.0265337	-4.16	0.000	-.1623936	-.0583836
nivel_je3	-.0220252	.0248115	-0.89	0.375	-.0706548	.0266044
nivel_je4	.0320293	.0301311	1.06	0.288	-.0270265	.0910851
hacinam	-.0312098	.023212	-1.34	0.179	-.0767045	.0142849
nbi3	-.0495718	.0217457	-2.28	0.023	-.0921927	-.006951
agua	.0110091	.0201495	0.55	0.585	-.0284833	.0505014
_cons	-.07198	.0518457	-1.39	0.165	-.1735958	.0296358

Al realizar el análisis probit se obtuvo que la variable programa seguro integral de salud (sis), tiene impacto positivo (coeficiente = .6636018) en el acceso a los servicios de salud en forma significativa ($p=0.000$). Se realizó el análisis multinivel para ajustar el efecto de conglomerado y la constante de error (_cons = término de error estándar, elementos aleatorios que afectan el acceso a servicios de salud y fueron omitidos en la evaluación) considerada por el modelo resultó no significativa ($p=0.165$).

En lo referente al nivel socioeconómico, se evidenció que influye significativamente ($p=0.000$) sobre el acceso a los servicios de salud. Pertenecer a un nivel económico inferior al quintil 5 (más ricos) afecta negativamente el acceso; siendo más acentuado este efecto en el quintil 1 (coeficiente = -.684668) y quintil 2 (coeficiente = -.5332079), este efecto persiste negativo pero se va reduciendo conforme el nivel socioeconómico se acerca al quintil más rico (quintil 5).

El residir en área urbana tiene influencia significativa ($p=0.000$) sobre el acceso a servicios de salud, afectando negativamente dicho acceso (coeficiente = -.1325815). El residir en alguna región natural en particular no mostró significancia sobre el acceso.

La edad influye significativamente en el acceso servicios de salud. En el grupo de menores de 3 años de edad, afecta positivamente el acceso ($p = 0.000$; coeficiente = .5981821); mientras que en el grupo de 3-17 años ($p= 0.002$; coeficiente = -.0779976) y el grupo de 18-65 años ($p=0.000$; coeficiente= -.1553034), la edad afecta negativamente el acceso, predominantemente entre los de 18-65 años. Esto en relación al grupo de mayores de 65 años.

La variable sexo (de la población general) tiene efecto significativo ($p=0.000$), pero el ser varón afecta negativamente sobre el acceso a servicios de salud (coeficiente = -.0610772). El sexo del jefe del hogar no mostró significancia, es decir que el jefe del hogar sea varón no fue significativo para acceder a un servicio de salud.

El nivel educativo del jefe del hogar tiene impacto significativo ($p=0.000$) sobre el acceso a los servicios de salud solo en los dos grupos con menor nivel educativo (nivel_je1 y nivel_je2). En ambos casos, dichos niveles educativos influyen negativamente sobre el acceso (-.1783318 y -.1103886 de coeficiente, respectivamente). El resto de niveles educativos no mostraron ser significativos.

El hacinamiento no ejerció influencia significativa sobre el acceso a los servicios de salud.

Los servicios higiénicos (desagüe) tienen significancia sobre el acceso ($p= 0.023$), el no contar con servicios higiénicos adecuados (red de desagüe pública dentro o fuera de la vivienda o pozo séptico) tiene impacto negativo sobre el acceso a servicios de salud (coeficiente= $-.0495718$).

El abastecimiento de agua no mostró influencia significativa sobre el acceso a los servicios de salud.

En anexos se muestran los resultados de las variables individuales empleadas para el análisis probit.

Adicionalmente, empleando los resultados obtenidos del análisis probit se realizó un análisis de sensibilidad en el que se comparó la situación actual de acceso a servicios de salud donde solo una parte de la población esta afiliada al SIS versus una situación simulada en la que toda la población esta afiliada al SIS.

Para esto se desarrolló un modelo secuencial del acceso a los servicios de salud en el Perú (cuadro N° 2). Se agruparon las diferentes variables del análisis probit con su respectivo coeficiente del modelo (a). Cada coeficiente del modelo se multiplicó por el respectivo valor de la variable (b), expresado como una proporción de la población, obteniéndose un producto ($a*b$). La sumatoria de dichos productos con la constante de error estándar ($_{cons}$) dió como resultado el valor Z de la variable dependiente en la situación actual. Para obtener el valor Z en la situación simulada se realizó el mismo procedimiento, solo que en esta oportunidad se consideró que el 100% de la población estaba afiliada al SIS por lo que el valor de la variable SIS fue 1 y el resto de valores fueron los mismos (c).

Cuadro N° 2

PARÁMETROS DEL MODELO SECUENCIAL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PERU, ENAHO 2007

SITUACION SIMULADA: TODA LA POBLACION AFILIADA A SIS

Tipo de variables	Variables	Coeficientes del modelo:	Situación del indicador	Producto	Valores del modelo con simulación	Producto
		(a)	Valores promedio (b)	a*b	(c)	a*c
Programa	sis	0.6636018	0.1987	0.13185768	1	0.6636018
Geográficas	area	-0.1325815	0.6175	-0.08186908	0.6175	-0.081869076
	domin1	-0.0258959	0.3881	-0.0100502	0.3881	-0.010050199
	domin2	-0.0053776	0.4012	-0.00215749	0.4012	-0.002157493
Individuales	edad1	0.5981821	0.0596	0.03565165	0.0596	0.035651653
	edad2	-0.0779976	0.2841	-0.02215912	0.2841	-0.022159118
	edad3	-0.1553034	0.5626	-0.08737369	0.5626	-0.087373693
	sexo	-0.0610772	0.4622	-0.02822988	0.4622	-0.028229882
	sex_jefe	0.03164	0.8093	0.02560625	0.8093	0.025606252
	nivel_je1	-0.1783318	0.0669	-0.0119304	0.0669	-0.011930397
	nivel_je2	-0.1103886	0.4044	-0.04464115	0.4044	-0.04464115
	nivel_je3	-0.0220252	0.3445	-0.00758768	0.3445	-0.007587681
	nivel_je4	0.0320293	0.086	0.00275452	0.086	0.00275452
Socioeconómicas	hacinam	-0.0312098	0.8634	-0.02694654	0.8634	-0.026946541
	nbi3	-0.0495718	0.2179	-0.0108017	0.2179	-0.010801695
	agua	0.0110091	0.65	0.00715592	0.65	0.007155915
	qpais1	-0.684668	0.2039	-0.13960381	0.2039	-0.139603805
	qpais2	-0.5332079	0.2248	-0.11986514	0.2248	-0.119865136
	qpais3	-0.4086687	0.2074	-0.08475789	0.2074	-0.084757888
	qpais4	-0.2136118	0.1938	-0.04139797	0.1938	-0.041397967
Constante	cons	-0.07198		-0.07198		-0.07198
		SUMA		-0.588325705		-0.056581583

Una vez obtenido el valor Z de la variable dependiente tanto en el caso de la “situación actual” (solo una parte de la población esta afiliada al SIS) como en la “situación simulada” (toda la población está afiliada al SIS), se determinó su respectiva probabilidad. En la “situación actual” una persona tenía un 27.82% de probabilidad de acceder a servicios de salud y en el caso que todos tuviesen SIS, esta probabilidad aumentaba a 47.74%. El impacto de la situación simulada fue de 19.93% mayor probabilidad de acceder a un servicio de salud y se debe al SIS. (Tabla N° 6)

Tabla N° 6

ANALISIS DE SENSIBILIDAD DEL IMPACTO: ESTIMACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

SITUACION SIMULADA: TODA LA POBLACION AFILIADA A SIS

Sumatoria de los productos del coeficiente por el valor de la variable (valor Z)		Probabilidad del valor de la variable dependiente		IMPACTO	
Z: "Parcial programa"	Z: "Con programa"	"Parcial programa"	"Con programa"		
Total	-0.5883	-0.0566	27.82%	47.74%	19.93%

El 19.93% de probabilidad adicional de acceso a los servicios de salud se debe al Seguro Integral de Salud (SIS)

"Parcial programa": situación actual, solo una parte de la población afiliada a SIS

"Con programa": situación simulada, toda la población afiliada a SIS

Para completar el análisis de sensibilidad se comparó la situación actual de acceso a servicios de salud versus una nueva situación simulada en la que nadie estaba afiliada al SIS.

Se siguió la misma metodología y datos que en la simulación anterior; solo que en esta oportunidad la nueva situación simulada consideró que ninguna persona estaba afiliada al SIS por lo que el valor de su variable SIS fue 0 y el resto de valores fueron los mismos (c). (Cuadro N° 3)

Cuadro N° 3

PARÁMETROS DEL MODELO SECUENCIAL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PERU, ENAHO 2007

SITUACION SIMULADA: NADIE ESTA AFILIADO A SIS

Tipo de variables	Variables	Coeficientes del modelo:	Situación del indicador	Producto	Valores del modelo con simulación	Producto
		(a)	Valores promedio (b)	a*b	(c)	a*c
Programa	sis	0.6636018	0.1987	0.13185768	0	0
Geográficas	area	-0.1325815	0.6175	-0.08186908	0.6175	-0.081869076
	domin1	-0.0258959	0.3881	-0.0100502	0.3881	-0.010050199
	domin2	-0.0053776	0.4012	-0.00215749	0.4012	-0.002157493
Individuales	edad1	0.5981821	0.0596	0.03565165	0.0596	0.035651653
	edad2	-0.0779976	0.2841	-0.02215912	0.2841	-0.022159118
	edad3	-0.1553034	0.5626	-0.08737369	0.5626	-0.087373693
	sexo	-0.0610772	0.4622	-0.02822988	0.4622	-0.028229882
	sex_jefe	0.03164	0.8093	0.02560625	0.8093	0.025606252
	nivel_je1	-0.1783318	0.0669	-0.0119304	0.0669	-0.011930397
	nivel_je2	-0.1103886	0.4044	-0.04464115	0.4044	-0.04464115
	nivel_je3	-0.0220252	0.3445	-0.00758768	0.3445	-0.007587681
	nivel_je4	0.0320293	0.086	0.00275452	0.086	0.00275452
Socioeconómicas	hacinam	-0.0312098	0.8634	-0.02694654	0.8634	-0.026946541
	nbi3	-0.0495718	0.2179	-0.0108017	0.2179	-0.010801695
	agua	0.0110091	0.65	0.00715592	0.65	0.007155915
	qpais1	-0.684668	0.2039	-0.13960381	0.2039	-0.139603805
	qpais2	-0.5332079	0.2248	-0.11986514	0.2248	-0.119865136
	qpais3	-0.4086687	0.2074	-0.08475789	0.2074	-0.084757888
	qpais4	-0.2136118	0.1938	-0.04139797	0.1938	-0.041397967
Constante	_cons	-0.07198		-0.07198		-0.07198
		SUMA		-0.588325705		-0.720183383

Se obtuvo el valor Z de la variable dependiente tanto en el caso de la “situación actual” (solo una parte de la población esta afiliada al SIS) como en la nueva “situación simulada” (nadie está afiliado al SIS) y se determinó su respectiva probabilidad. En la “situación actual” una persona mantenía un 27.82% de probabilidad de acceder a servicios de salud y en el caso de que nadie estuviese afiliado al SIS, esta probabilidad disminuía a 23.57%. El impacto de la situación simulada fue de una disminución de 4.25% en la probabilidad de acceder a un servicio de salud y se debió a la no existencia del SIS. (Tabla N° 7)

Tabla N° 7

ANALISIS DE SENSIBILIDAD DEL IMPACTO: ESTIMACION DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

SITUACION SIMULADA: NADIE ESTA AFILIADO A SIS

	Sumatoria de los productos del coeficiente por el valor de la variable (valor Z)	Probabilidad del valor de la variable dependiente	IMPACTO
	Z: "Parcial programa" Z:"Sin programa"	"Parcial programa" "Sin programa"	
Total	-0.5883 -0.7202	27.82% 23.57%	-4.25%

Disminuye en 4.25% la probabilidad de acceso a los servicios de salud al no existir el Seguro Integral de Salud (SIS)

"Parcial programa": situación actual, solo una parte de la población afiliada a SIS

"Sin programa": situación simulada, nadie está afiliado a SIS

DISCUSION

De la población total encuestada por la ENAHO 2007, solo el 41.8% cuenta con algún tipo de seguro que cubra su necesidad de atención sanitaria y de la población que se percibió enferma, se encontró que solo el 19.9% estaba afiliada al Seguro Integral de Salud, esto guarda relación con lo que sucede a nivel nacional; tal como refieren Petrera y Seinfeld ²⁰ en un estudio publicado el 2007, la tasa de aseguramiento por parte del SIS se reporta entre el 17% y 34% de la población total, dependiendo de la fuente de información que se utilice. Las encuestas poblacionales ENAHO y Endes reportan tasas de afiliación entre 16% y 17 % de la población nacional. Según el SIS ²¹, en base a reportes de la ENAHO para diciembre del 2007, la población nacional que contaba con algún sistema de aseguramiento era de 46.5% y la tasa de aseguramiento del SIS mostraba permanente aumento, alcanzando 24.9% de la población total; mientras que EsSalud y Otros sistemas de seguro se mostraban estacionarios con 17.7% y 3.9% de la población total, respectivamente. De otro lado, los resultados del último censo nacional (2007) ²² indican que el 42,3% de la población nacional cuenta con algún tipo de seguro de salud y que solo el 18,4% de la población nacional está protegida por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Según el Banco Mundial ²³, en el 2003, el SIS era la institución aseguradora con mayor número de afiliados en los quintiles de más bajos ingresos; el 64% de los afiliados al SIS pertenecían a Q1 y Q2. Esto guarda relación con lo hallado en el presente estudio donde del total de personas que usaron el SIS para atenderse, la mayoría pertenecía al quintil 1 (38.6%) y al quintil 2 (32.4%). (gráfico N°12)

Se encontró que solo el 29% de la población que se percibió enferma el 2007, accedió a un servicio de salud. Esta situación no ha cambiado casi nada, ya que según un estudio de Petrera y Seinfeld ²⁴, publicado el 2007, teniendo como fuente la ENAHO 2005, indica que solo el 28.6% de los que se consideraron enfermos tuvo acceso a consulta institucional (MINSA, EsSalud, Clas, FFAA-PP, privado).

²⁰ PETRERA, Margarita; SEINFELD, Janice. (2007)

²¹ SEGURO INTEGRAL DE SALUD (2008) http://www.sis.gob.pe/a_estad_enaho.html

²² INEI (2008): Censos Nacionales 2007

²³ BANCO MUNDIAL (2006)

²⁴ PETRERA, Margarita; SEINFELD, Janice. (2007)

En el actual estudio se identificó que el principal motivo por el que no acudieron a un servicio de salud, tanto en el área rural como urbana, fue que consideraban que la molestia/enfermedad no era grave por lo que no ameritaba atenderla en un establecimiento de salud (33.9% y 38.1%, respectivamente). La segunda causa por la que no acudieron tanto en el área rural como urbana fue la “automedicación”, en el área rural prefirieron remedios caseros (26 %) y en el área urbana se autorrecetaron (26.2%); ambas representan automedicación según cada contexto cultural; es decir, existe un fuerte patrón cultural que hace decidir no buscar atención institucionalizada y que hasta el momento no se aborda adecuadamente para lograr que los servicios de salud institucionales sean percibidos por la comunidad como parte de ellas y no como entes foráneos. Petrera y Seinfeld (2007) ²⁵, teniendo como fuente la ENAHO del 2005, refieren que en la población rural y más pobre mantienen alta preferencia por el uso de medicina casera a pesar de estar afiliada al SIS. Así, en el decil más pobre, el uso de medicina casera disminuyó solo de 22.8% a 17.9% tras afiliarse al SIS. Francke ²⁶, en un análisis sobre la problemática de la salud publicado el 2006, señala que del gasto total en salud del Perú (4.6 – 4.8 % del PBI), sólo un 23% corresponde al gasto público y el mayor gasto (39%) está dado por los hogares, llamado "gasto de bolsillo", del cual casi un 50% se destina a compra directa en farmacias. El no contar con dinero representó la cuarta causa en el área rural y la tercera en el área urbana (17.2% y 15.7% respectivamente). Es muy probable, que si se analiza según nivel socioeconómico las causas por la que no se acudió a un SS, la barrera económica se ubicaría entre las primeras causas en Q1 y Q2. Llama la atención que la lejanía del establecimiento de salud no es percibida como gran limitante ya que solo fue relativamente importante en el área rural (11.8%), representando la quinta causa de no acceso.

Francke y Reynoso ²⁷ publicaron en el 2007 un estudio en el que encuestaron a pobladores de asentamientos humanos de Piura, San Martín y Huancavelica, encontrando que el primer y más recurrido lugar de atención de su salud es el propio hogar ya que el gasto es mínimo, pueden aplicar sus remedios caseros conocidos, no tienen que desplazarse, la alteración de su rutina doméstica es mínima y ahorran tiempo; además refieren factores culturales como el idioma, la falta de confianza y el maltrato que suelen recibir por parte del personal de salud. Pero suelen buscar atención

²⁵ PETRERA, Margarita; SEINFELD, Janice. (2007)

²⁶ FRANCKE, Pedro; ARROYO, Juan; Guzman, Alfredo. (2006)

²⁷ FRANCKE, Marfil; REYNOSO Raquel. (2007)

institucionalizada cuando ocurren enfermedades percibidas como graves o cuando se trata de varones adultos que requieren una solución rápida para que no interrumpan sus actividades laborales.

Se evidenció que de las personas que se percibieron enfermas, aquellas que tenían cobertura del SIS accedieron a S.S. en mucha mayor proporción que los que no contaban con SIS, solo el 14.1 % de aquellas que pertenecían al quintil 1 y no contaban con SIS lograron acceder a un servicio de salud, mientras que el 43.7 % de las que pertenecían al mismo quintil pero contaban con SIS lograron acceder a S.S.; en todos los quintiles se observaron diferencias similares, evidenciándose además las mayores tasas de acceso entre los afiliados al SIS que pertenecen a Q4 y Q5 (gráfico N°11). De la ENAHO 2005 se obtiene información muy parecida; en el decil más pobre (D1), solo el 6.1% de los no afiliados al SIS accedió a consulta, mientras que el 31.6% de los afiliados al SIS accedió a consulta.²⁸

Se determinó que el seguro integral de salud (SIS) tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en forma significativa. De acuerdo al análisis de sensibilidad realizado, actualmente una persona tiene una probabilidad de 27.82% de acceder a un servicio de salud pero si toda la población estuviese afiliada al SIS, esta probabilidad aumentaría en un 19.93%; por otro lado, de no existir el SIS, la probabilidad de acceso disminuiría en un 4.25% respecto a la situación actual. Aunque no existen estudios que hallan medido el impacto mediante la metodología empleada en el presente estudio, este hallazgo es reforzado por estudios como el de Madueño, Alarcón y Sanabria (2003)²⁹, en el que analizan la oferta y demanda de servicios de salud, determinando que la capacidad de financiamiento de los gastos de salud, tales como el ingreso o la tenencia de seguro, son significativos y tienen efectos positivos sobre la probabilidad de acceso a los servicios; el contar con seguro eleva entre 16 y 26 puntos porcentuales las probabilidades de acceso a los servicios de salud. Además, Monge, Vásquez y Winkelried (2009)³⁰ que estudiaron los programas sociales “vaso de leche”, “comedor popular”, “desayuno escolar”, y el SIS, determinan que todos ellos son levemente progresivos (los pobres reciben la mayoría de los beneficios) pero esta progresividad resulta más marcada en el caso del SIS (los pobres reciben alrededor de 80% de los

²⁸ PETRERA, Margarita; SEINFELD, Janice. (2007)

²⁹ MADUEÑO, Miguel; ALARCON, Jorge; SANABRIA, César. (2003)

³⁰ MONGE, Alvaro; VASQUEZ, Enrique; WINKELRIED, Diego. (2009)

beneficios del programa). Además, encontraron que el impacto que experimenta un infiltrado (beneficiario de un programa que no pertenece a la población objetivo del mismo) en el SIS, sería menor al impacto sobre los individuos pertenecientes a la población objetivo del SIS. Por ello, argumentan que si bien la tasa de infiltración (porcentaje de los beneficiarios de un programa que no son parte de la población objetivo del mismo) en el SIS es significativa (alrededor de 30%), el costo en términos distributivos de este problema es menos importante y sugieren que estimular una expansión del programa produciría resultados distributivos favorables, a pesar de que esta expansión venga acompañada de incrementos, “razonablemente controlados”, en la infiltración. Además, refieren que entre el 2002-2004, la subcobertura (porcentaje de la población objetivo de un programa -cumplen con los requisitos establecidos para participar del programa- que no es beneficiaria del mismo) en el SIS fue entre 50 y 70% y la infiltración de 25 a 30%. En un estudio de Portocarrero (2005) ³¹, se puede evidenciar en forma indirecta la subcobertura del programa al observar que la distribución regional per cápita del SIS no tiene la misma tendencia que la línea de pobreza marcada por el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (INBI), encontrando que las regiones con mayores índices tienen asignaciones per capita similares o menores que aquellas regiones con menos necesidades básicas insatisfechas. Vásquez ³² en su estudio sobre programas sociales (2006) indica tasas de infiltración de 24-29 % y de subcobertura de 48-70% en los planes A y B del SIS, respectivamente. Velásquez (2004) ³³ realiza un estudio sobre la demanda de los servicios de salud, utilizando como fuente de información la ENAHO del 2002, determinando que en la población extremadamente pobre hay una subcobertura del SIS de 37% y que un 24% de los subsidiados por el SIS fueron no pobres. En el presente estudio se evidencia la importancia del SIS como facilitador del acceso a S.S. entre la población con menos recursos ya que en la población que accedió a servicios de salud, el 63.9% de los que pertenecían a Q1 y el 46.9% de los que pertenecían a Q2 accedieron a servicios de salud utilizando el SIS. (gráfico N°13).

La literatura identifica deficiencias en la gestión (sobre todo la alta infiltración) y en el diseño del SIS, aunque en términos de impacto se observan algunos resultados

³¹ PORTOCARRERO GRADOS, Augusto. (2005)

³² VÁSQUEZ, Enrique – CIUP. (2006)

³³ VELÁSQUEZ Anibal. (2004)

positivos. Du Bois et al. (2004) ³⁴, utilizando información del 2001 al 2003, sostienen que estas deficiencias han favorecido la limitada disminución de la población sin seguro; pero en el estudio de Seinfeld (2007) ³⁵, utilizando información hasta el 2005, esta situación habría cambiado ya que indica que a pesar de la importante infiltración en el programa por parte de la población no pobre, sí se puede observar un aumento de la población pobre asegurada, particularmente en las zonas rurales; y en términos de impacto en salud, señala una mejora en los indicadores sanitarios del segmento materno infantil y el incremento de los partos institucionales asociados al SIS.

El presente estudio determinó que el nivel socioeconómico influye significativamente sobre el acceso a los servicios de salud en todos los niveles y que pertenecer a un nivel económico inferior al quintil 5 (más ricos) afecta negativamente el acceso; siendo más acentuado este efecto en el quintil 1. Por esto, es importante que dado el magro presupuesto con que cuenta el SIS, su gasto se focalize en los grupos de niveles económicos más vulnerables como son los quintiles 1 y 2. Sin embargo, según muestra el Banco Mundial en su estudio realizado el 2006 ³⁶, esto no estaría sucediendo. Dicho estudio indica que en el 2003 (INEI, Enaho 2003), el SIS destinaba 43.8% de sus recursos a los dos quintiles más pobres, mientras que Q5 absorbía 9,4% del total de fondos. Además, según la cobertura ponderada del SIS (afiliados atendidos), un 26.1% de los usuarios pertenecían a Q1, un 30.9% a Q2, un 23.4% a Q3, un 15% a Q4, y 4.7% a Q5. Es decir, de los usuarios del SIS, el 43.1% pertenecían a grupos socio económicos no vulnerables (Q3, Q4 y Q5); en el presente estudio encontramos que esta proporción a disminuido a un 29%, que sigue siendo un nivel muy alto (gráfico N° 12). Se debe notar que atender a los usuarios de Q5 (4.7%) representó un gasto del 9.4% del total de fondos, su proporción de gasto es el doble que su proporción de usuarios. Esta situación se agudiza en grupos tan vulnerables como el de gestantes (plan C) donde constataron un menor grado de focalización (enfoque selectivo en la identificación de beneficiarios para los programas y políticas sociales) que en el resto de planes; solo el 14.6% de los recursos del plan C llega al quintil más pobre (Q1). La principal infiltración se produjo en Q4, que absorbe el 38.7% de los recursos de este plan y llama la atención que Q5 (quintil más rico) absorbe 15.1% de los recursos; es decir, hasta las

³⁴ DU BOIS, F; CHAVEZ, J; CUSATO, A. (2004)

³⁵ SEINFELD, Janice. (2007).

³⁶ BANCO MUNDIAL. (2006)

gestantes del nivel con más recursos económicos recibieron mayor proporción del gasto que las gestantes del quintil más pobre.

Parodi (2005) ³⁷ en su estudio acerca de los efectos del SIS sobre la equidad en salud materna y acceso a S.S., utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2004, determina que el SIS tiene un efecto positivo y significativo para todos los quintiles socioeconómicos con la excepción del grupo de nivel socioeconómico intermedio (Quintil 3); sin embargo, ejerce un efecto mayor en los dos quintiles más ricos. El programa ha incrementado el acceso promedio de las gestantes a parto institucional, pero ha sido más efectivo para promover la demanda en los quintiles de mayor NSE, mostrando un sesgo regresivo. Según Amnistía Internacional (2009) ³⁸, de acuerdo a un reporte del INEI y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), sólo el 36,1% de las mujeres pertenecientes a los segmentos más pobres que dieron a luz entre 2002 y 2007 afirmaron que su último parto había sido en un centro de salud, comparado con el 98,4 por ciento de las mujeres pertenecientes a los segmentos más ricos. Esto explica en parte porque la tasa de mortalidad materna nacional no disminuye en la magnitud esperada en relación al gasto total realizado, ya que la mayor proporción de muertes maternas se produce en los niveles más pobres, donde se da la menor proporción del gasto.

Durante el periodo 2001 a 2007 se produjo en el Perú una importante reducción de la tasa de pobreza. Mientras que en el 2001 ascendía a 54.8% de la población total, en el 2007 fue 40.6%; casi 15 puntos porcentuales de reducción. La reducción fue más pronunciada en general en las zonas rurales, en la costa rural y en la selva rural con 20% en cada caso, mientras que la reducción en la sierra rural fue menor pero aún importante (casi 10%) y al reducirse la pobreza deben reducirse la población objetivo del programa y la subcobertura. En el SIS se observó que las tasas de subcobertura son menores en el área rural que en áreas urbanas y es precisamente en las áreas rurales donde se da la mayor concentración de pobres. Así mismo, la tasa de filtración tiende a ser menor en áreas rurales, destacando el caso de la sierra.³⁹ Esto está en concordancia con el resultado hallado de que residir en área urbana tiene influencia significativa negativa sobre el acceso a S.S. probablemente debido a la mayor proporción de afiliados al SIS

³⁷ PARODI SIFUENTES, Sandro. (2005)

³⁸ AMNISTÍA INTERNACIONAL. (2009)

³⁹ MONGE, Alvaro; VASQUEZ, Enrique; WINKELRIED, Diego. (2009)

en el área rural; de la población que se percibió enferma y estaba afiliada al SIS, el 62.2 % residía en áreas rurales y el 37.8 % en áreas urbanas y de la población que accedió a S.S. usando el SIS, el 64.4% era rural y el 35.6% era urbana (Tablas N° 4 y N°5). Según el censo nacional del 2007 ⁴⁰, se observa en el área rural la mayor proporción de la población afiliada al SIS (38,0%), mientras que en el área urbana este tipo de seguro cobertura al 12,2%. Adicionalmente, Parodi (2005) ⁴¹ en su estudio sobre los efectos del SIS en la equidad de la salud materna encuentra que el SIS ha privilegiado la ampliación de la cobertura en las zonas rurales; mientras que en las áreas urbanas casi el 40% de las madres estuvieron afiliadas al SIS durante el parto, ésta proporción alcanza aproximadamente el 65% en las zonas rurales. El residir en alguna región natural en particular no mostró significancia sobre el acceso debido a que más representativo del nivel socioeconómico es la residencia en área rural o urbana, incluso dentro de cada región natural.

En el presente estudio se encontró que la edad influye significativamente en el acceso servicios de salud, afectándolo positivamente en el grupo de menores de 3 años de edad, mientras que en el grupo de 3-17 años y el grupo de 18-65 años, la edad afecta negativamente el acceso, predominantemente entre los de 18-65 años. Esto se explicaría porque el 75.2% de la población menor de 3 años está afiliada a algún sistema de seguro de salud; mientras que en la población de 18 a 65 años (PEA), solo el 27.1% cuenta con algún seguro de salud (gráfico N°5). Situación similar se evidencia en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Perú en el 2003 ⁴² sobre exclusión social y acceso a servicios de salud, el cual encontró que existe 10% de la población (2.59 millones) que se encuentra totalmente excluida del sistema de salud, debido a que registran niveles críticos de riesgo. En relación a la edad, la población con alto riesgo de exclusión se ubicaba en el rango de edad de 17-45 años en un 71%, lo cual indicaría que la población independiente, en edad de trabajar, prefiere evitar el costo económico y de oportunidad que le significa reportarse enfermo y, por lo tanto, tiende a reprimir su demanda por servicios de salud. En el mismo estudio de la OPS se detectan diferencias de acceso a los servicios de salud por sexo, sugiriendo patrones discriminatorios y en el análisis cualitativo a través de grupos focales; las mujeres, sobre todo las que son madres, declararon reprimir su demanda por servicios de salud.

⁴⁰ INEI (2008): Censos Nacionales 2007

⁴¹ PARODI SIFUENTES, Sandro. (2005)

⁴² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003)

Actualmente, esta situación habría cambiado ya que lo hallado por el presente estudio muestra que la variable sexo tiene efecto significativo, pero el ser varón afecta negativamente el acceso a servicios de salud y el sexo del jefe del hogar no mostró significancia sobre el acceso a SS. Los hallazgos del presente estudio guardan relación con el estudio de Madueño, Alarcón y Sanabria (2003) ⁴³ en el que al evaluar el acceso a los servicios de salud determinaron que la población más vulnerable en términos de edad (niños y ancianos) tiene la mayor probabilidad de acceder a los servicios, dado un nivel de ingreso; y en cuestión de género, las mujeres tienden a utilizar más los servicios de salud que los hombres.

Dammert (2001) ⁴⁴, al analizar el acceso a los servicios de salud mediante la atención del parto con un profesional de salud, encontró que sólo el 51% del total de partos en el Perú se realizaban con la asistencia de un médico u obstetrix, siendo marcadas las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, donde el 79% y el 17% de los partos, respectivamente, fueron atendidos por un profesional de salud; estas diferencias obedecen no solo a factores ligados a la oferta (inadecuada o falta de infraestructura de servicios de salud, costos de acceso, etc.) si no también a factores de demanda como el bajo nivel educativo de las gestantes y existencia de barreras culturales. En el mismo estudio, uno de los principales resultados del análisis econométrico indica que aún cuando la variable bagaje cultural es estadísticamente significativa en las zonas rurales, su efecto es menor respecto a variables tales como educación y edad de la madre e índice de activos del hogar. En este sentido, las mejoras que se puedan implementar ligadas a educación y niveles de bienestar entre las familias de las zonas rurales tendrían un impacto positivo aún cuando existan restricciones culturales. Además determinaron que el nivel educativo de la madre contribuye de manera significativa en la reducción del riesgo de muerte en niños menores de 23 meses, en razón de que las mujeres más educadas tienden a utilizar más servicios de salud debido a que conocen mejor los beneficios positivos derivados de la atención con un profesional de salud y tienen una mejor percepción sobre la gravedad de las enfermedades y síntomas. Parodi (2005) ⁴⁵, empleando como fuente la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2004, determina que el nivel educativo es factor activador del acceso a servicios institucionales de atención de la salud entre las gestantes; es decir, las gestantes más

⁴³ MADUEÑO, Miguel; ALARCON, Jorge; SANABRIA, César. (2003)

⁴⁴ DAMMERT Ana. (2001)

⁴⁵ PARODI SIFUENTES, Sandro. (2005)

educadas tienen menos probabilidad de dar a luz en su casa o con la asistencia de la partera. Esto tiene relación directa con los resultados del presente estudio en que se encuentra que el nivel educativo del jefe del hogar tiene impacto significativo sobre el acceso a los servicios de salud solo en los dos grupos con menor nivel educativo. En ambos casos, dichos niveles educativos influyen negativamente sobre el acceso y el resto de niveles educativos no mostraron ser significativos.

En su estudio sobre acceso a servicios de salud y mortalidad infantil, Dammert (2001) ⁴⁶ afirma que existe una relación negativa entre nivel socioeconómico del hogar y la mortalidad infantil, relacionada con la dificultad de acceso a servicios de salud adecuados en forma oportuna ya que el nivel socioeconómico del hogar, además de asegurar la tenencia de bienes y servicios que promueven un mejor estado de salud, ayuda en la generación de un ambiente más higiénico y un nivel de nutrición adecuado. Velásquez (2004) ⁴⁷ en su trabajo sobre demanda de los servicios de salud evalúa el riesgo social de enfermar considerando cuatro indicadores: a) fuente de abastecimiento de agua, b) tipo de servicios higiénicos, c) grado de hacinamiento y d) nivel de pobreza; determinando que los que tienen alto riesgo social de enfermar se debe básicamente a la falta de servicios higiénicos y de abastecimiento de agua dentro de la vivienda. Mientras que en el presente trabajo se determinó que no contar con servicios higiénicos adecuados (red de desagüe pública dentro o fuera de la vivienda o pozo séptico) tienen significancia y su impacto es negativo sobre el acceso a servicios de salud; llama la atención que el sistema de abastecimiento de agua y el hacinamiento no ejercieron influencia significativa.

En lo que se refiere a la identificación de la institución a la que acudieron las personas para atenderse durante el 2007, en el presente estudio se encontró que el principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos, siguiéndole EsSalud con 18.3% de los atendidos. Según Petrera y Seinfeld (2007) ⁴⁸, se aprecia una tendencia positiva desde el año 1985 al 2000 a incrementar la consulta institucional y el principal proveedor es de lejos el MINSA, además muestra que según la ENAHO 2005, del total de personas que accedieron a un servicio de salud institucional: el 65.2% se atendió en el MINSA, 17.2% en EsSalud, 16.2% en servicios

⁴⁶ DAMMERT Ana. (2001)

⁴⁷ VELASQUEZ Anibal. (2004)

⁴⁸ PETRERA, Margarita; SEINFELD, Janice. (2007)

privados y 1.4% en FFAA-PNP. Estos resultados son similares a los del presente estudio lo que evidenciaría un aparente estancamiento de la capacidad de aumento de cobertura por parte de los diferentes prestadores, en especial EsSalud donde se esperaría un aumento notorio, dada la expansión de la economía y los niveles de consumo registrados del 2002 al 2007. Aparentemente, el aumento del empleo generado no incluye beneficios como el aseguramiento en EsSalud.

Del lado privado, en mayo de 1997 se promulgo la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790), que creó las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como sistema complementario de EsSalud; las EPS atenderían enfermedades de capa simple (enfermedades sencillas y frecuentes que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria y/o cirugía de día) y en algunos casos enfermedades de capa compleja (enfermedades complicadas y que requieren mayor medicación, equipos, larga hospitalización o larga duración de tratamiento). Fueron creadas para descongestionar hospitales, policlínicos y otras instalaciones del seguro social y este pueda concentrar primordialmente sus esfuerzos en la atención de enfermedades de alta complejidad. En sus primeros diez años de funcionamiento, las EPS contaban con alrededor de 700,000 afiliados.⁴⁹ Sin embargo, se empieza a notar un estancamiento en el nivel de afiliados a este sistema que no han contribuido a descongestionar los servicios de EsSalud ya que el nivel de atenciones privadas incluso a disminuido respecto al 2005; la principal causa sería que la mayoría de su población usuaria ya acostumbraba usar más los servicios privados o incluso del MINSA que los de EsSalud.

Al hacer la segmentación por nivel socioeconómico en el presente estudio se determinó que de la población que accedió a servicios de salud, la que pertenece al Q1 y Q2 depende casi totalmente de establecimientos del Ministerio de Salud para satisfacer su demanda de atención; el 95.6% y 85.4%, respectivamente, se atendió en el MINSA (gráfico N° 16). Es evidente que es una población susceptible de ser afiliada y atendida a través del SIS, sobre todo si tenemos en cuenta que la presencia de EsSalud en estos segmentos de alto riesgo es casi nula, tanto que en ellos el segundo proveedor es el sector privado (2.8% y 8.2%, respectivamente). La proporción de atendidos por EsSalud muestra importancia relativa solo en los quintiles no pobres (Q3, Q4, Q5). Sin embargo, en Q3 y Q4, el MINSA sigue siendo el principal proveedor, con 68.2% y 48.6%

⁴⁹ SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD. (2007)

respectivamente y aún en Q5, el 26.6% se atiende en el MINSA. Es decir, el Estado gasta grandes cantidades de dinero en brindar atención subsidiada a la población con más recursos económicos, que es la población con mayor tasa de aseguramiento privado y de EsSalud, pudiendo reorientar su gasto en programas específicos dirigidos a grupos de alto riesgo.

Según los datos obtenidos, se encontró que durante el 2007, la principal causa de atención reportada por aquellos que accedieron a servicios de salud fue haber presentado un malestar (48.1%), como segunda causa se reportó a las enfermedades no crónicas (37.8%), en tercer lugar las enfermedades crónicas (12.1%) y muy alejados, los accidentes constituyeron la menor proporción de demanda de atención 2%. Madueño, Alarcón y Sanabria (2003) ⁵⁰ evalúan el perfil de la demanda de servicios de salud con información de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida realizada en diciembre del 2000 y muestran que la principal fuente de reporte de enfermedades está vinculada a diagnósticos menores: a nivel nacional, el 56.8% de la población que se reportó enferma declaró padecer dolencias menores (malestares), mientras que un 16.5% refirió enfermedades no crónicas, el 25.4% refirió enfermedades crónicas y el 1.2% se atendió por accidentes. La población con enfermedades crónicas que requiere atención habría disminuido y la gran mayoría sigue requiriendo atención por problemas agudos que en el caso de los que presentaron un malestar, suele requerir centros médicos con bajo o intermedio nivel de complejidad y solucionarse en forma rápida y con bajo costo.

En el estudio realizado el 2007 por FrancKe y Reynoso ⁵¹, donde encuestaron a pobladores de asentamientos humanos de Piura, San Martín y Huancavelica, se evidencia que en la población con menos recursos, las consideraciones económicas son muy importantes en la decisión de que tipo de servicio de salud acudir y el SIS aparece como un incentivo fuerte que hace la diferencia para que las familias pobres decidan usar los servicios públicos de salud y cada vez más mujeres llevan a sus hijos directamente a la posta de salud, por contar con el SIS y no tener que pagar. De otro lado, la población percibe como inequidades el hecho que en algunas localidades logran afiliarse al SIS casi todos y en otras localidades con similar situación de pobreza afilian solo a un número determinado de familias como si existieran cuotas prefijadas; no entienden como en una familia pobre se asegure solo a los niños y no a todos los

⁵⁰ MADUEÑO, Miguel; ALARCON, Jorge; SANABRIA, César. (2003)

⁵¹ FRANCKE, Marfil; REYNOSO, Raquel. (2007)

integrantes de la familia. Además, refieren quejas de inadecuado trato en los centros de atención, demora en la atención por atenderse mediante el SIS, número limitado de atenciones al mes y escasez de medicamentos.

Sin embargo, según muchos investigadores como Petrera (2007) ⁵² y el Banco Mundial (2006) ⁵³, en las últimas décadas se ha producido una mejora progresiva de la salud de la población y un lento avance en la cobertura materno infantil, pero se mantiene la inequidad en el acceso a la salud que afecta especialmente a la población pobre, la rural y la de origen étnico andino o amazónico; además de los cobros como principal barrera de acceso a la atención de salud. Dentro de este marco, el SIS es una contribución importante al desarrollo de la salud en estos últimos años; ha disminuido las barreras económicas de acceso de la población más pobre y su operativización ha generado información valiosa para la gestión de todo el sector salud.

Pero existen problemas por resolver; la raíz del problema es que el SIS tiene objetivos y planes muy ambiciosos en relación al presupuesto con que cuenta, y es vulnerable políticamente, es decir pueden darse cambios que desestabilizan el sistema en función de coyuntura política clientelar sin tener en cuenta criterios técnicos ni económicos. El Banco Mundial (2006) ⁵⁴, refiere que el SIS estimaba que su población objetivo (aquellos que no cuentan con seguro de salud, dando prioridad a aquellos en situación de pobreza y extrema pobreza) alcanzaría los 13 millones de personas y que ya en el año 2004, el SIS cubría el 33,4% de la población (aproximadamente 9 millones de personas) y un 48.4% de peruanos no contaban con ningún seguro; en contraste con la ambiciosa meta de población objetivo, el presupuesto del SIS representaba solo el 11% del presupuesto del MINSA. Adicionalmente, el gobierno difunde el mensaje de que el SIS ofrece entrega universal de servicios, lo que puede estar en conflicto con las restricciones presupuestarias del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El 30 de marzo del 2009, el Congreso de la República aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud ⁵⁵ y el gobierno (MINSA) la presentó como un cambio trascendental que garantizará la atención de salud a la población, cuando no se sabe como se obtendrá su financiamiento y si será suficiente. Para Julio Castro ⁵⁶, la denominación de la Ley

⁵² PETRERA Margarita –Observatorio de la salud. (2007)

⁵³ BANCO MUNDIAL. (2006)

⁵⁴ BANCO MUNDIAL. (2006)

⁵⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE PERÚ. (2009)

⁵⁶ CASTRO, Julio. (2009)

excede largamente su contenido ya que sólo se han aprobado algunas modificaciones relacionadas al SIS, sin modificarla significativamente por lo que no representa una mejora sustancial que pueda brindar protección social y financiera en salud para todos los peruanos.

Partiendo del hecho real de que los recursos económicos son escasos, el gobierno debería actuar racionalmente y comprender que lamentablemente en las actuales circunstancias no es financieramente sostenible el coberturar por todo tipo de atención en salud a todos. Existen dos opciones, la primera es establecer un tipo de seguro que cubra por todo problema de salud solo a la población más vulnerable, esto sería excluyente y se perdería la característica de ser universal en el sentido de brindar protección a toda la población. La segunda opción es crear un seguro gratuito que cubriera a todos los peruanos sin excepción, con un paquete básico de intervenciones sanitarias, que pueda ir ampliándose en función de los recursos económicos con que cuente el Estado y de las necesidades de atención de grupos de riesgo específicos; salvo que demagógicamente se pretenda brindar una atención “universalmente” deficiente a todos los peruanos.

CONCLUSIONES

1. El Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1 y Q2). Una persona tiene el 27.82% de probabilidad de acceder a un servicio de salud pero si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19.93%.
2. Casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29.8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud (SIS). Del total de personas que usaron el SIS para atenderse, 38.6% pertenecía a Q1 y 32.4% a Q2; es decir, el 29% restante formaría parte de la población infiltrada en el SIS.
3. Pertenecer a un nivel socioeconómico inferior al quintil 5 (más ricos) afecta significativamente en forma negativa el acceso; siendo más acentuado este efecto en el quintil 1 y quintil 2.
4. Demuestran influencia negativa estadísticamente significativa sobre el acceso a los servicios de salud: El residir en área urbana, el ser varón, el no contar con servicios higiénicos adecuados (red de desagüe pública dentro o fuera de la vivienda o pozo séptico).
5. La edad influye significativamente en el acceso servicios de salud. En el grupo de menores de 3 años de edad, la afecta positivamente; mientras que en aquellos de 3 a 65 años, la edad afecta negativamente el acceso.
6. El nivel educativo del jefe del hogar tiene impacto significativo negativo sobre el acceso a los servicios de salud en los dos grupos con menor nivel educativo. El resto de niveles educativos no mostraron ser significativos.
7. El residir en alguna región natural en particular, el sexo del jefe del hogar, la presencia de hacinamiento y la fuente de abastecimiento de agua no ejercieron influencia significativa sobre el acceso.
8. El principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos, el segundo proveedor fue EsSalud con 18.3% de los atendidos. En tercer y cuarto lugar, el sector privado atendió al 16.6% y las Fuerzas Armadas/Policiales atendieron al 1.3% de los que accedieron a un

establecimiento de salud. La población que pertenece al quintil 1 y quintil 2 dependen casi totalmente de establecimientos del Ministerio de Salud para satisfacer su demanda de atención; el 95.6% y 85.4%, respectivamente, se atendieron en el MINSA.

9. La mayor parte de la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48.1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37.8%), la tercera causa fueron las enfermedades crónicas (12.1%) y finalmente, los accidentes constituyeron solo el 2% de la demanda de atención.

RECOMENDACIONES

La mayoría de autores coinciden en que es fundamental para la subsistencia y expansión del SIS, consolidar líneas de financiamiento permanente, la optimización de los mecanismos de pago y sistemas de control que aseguren el uso correcto de los fondos minimizando al máximo la politización del programa y optimizar la gestión operativa del programa para mejorar las tasas de subcobertura y de infiltración. En este estudio, se formulan las siguientes recomendaciones:

Difundir, entre la población objetivo del SIS, los beneficios de afiliarse al programa y brindar información oportuna y completa sobre lo que cubre y lo que no cubre el programa. Es indispensable contar con afiliados bien informados que se conviertan en impulsores “boca a boca” del programa. El aumento de afiliados debe de acompañarse de mayores recursos presupuestales que aseguren la sostenibilidad financiera del SIS. Para esto es vital mejorar el nivel educativo de la población rural para que sea más fácil la transmisión y entendimiento de la información y conocimientos sobre su situación de salud y como solucionar sus necesidades.

Perfeccionar los sistemas informáticos de base de datos actualizados del programa y establecer interconexión permanente con otras aseguradoras (fundamentalmente EsSalud) para poder identificar a la población que realmente no cuenta con aseguramiento.

Optimizar los sistemas de identificación de beneficiarios que permitan determinar eficientemente donde se concentran los grupos mas vulnerables que deben ser incorporados al programa y cuales son sus necesidades de infraestructura. Se podría utilizar el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) desarrollado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), la información actualizada de los mapas de pobreza distritales del Foncodes y el MEF, la data del programas en marcha. Debería crearse una ficha que unifique las diversas fuentes de información y que permita definir a que programas sociales tiene derecho a acceder el miembro de determinado hogar y no duplicar sistemas. Definitivamente, para esto es fundamental contar con un sistema general que permita identificar fácilmente a cada uno de los peruanos y el mecanismo ideal es que cada peruano cuente con DNI (documento nacional de identidad) desde el

nacimiento. La mejora de los mecanismos de focalización derivará en la reducción de los niveles de infiltración.

Teniendo en cuenta de que casi toda la población del quintil 1 y 2 se atiende en el MINSA (no necesariamente usando el SIS) y dado que el SIS tiene un elevado impacto (ahorro) potencial entre la población pobre y su costo en términos distributivos de la infiltración es bajo, se podrían desarrollar planes agresivos de incorporación de beneficiarios que sean menos exigentes con aquellos individuos que viven en zonas con altas concentración de pobreza. Es decir, entre los pobladores de estas zonas, se priorizaría reducir la sub-cobertura más que la filtración.

BIBLIOGRAFIA

- AMNISTÍA INTERNACIONAL. *Deficiencias fatales. Las barreras a la salud materna en el Perú*. Editorial Amnistía Internacional. Madrid, España. 2009. Pág. 14-27.
- BANCO MUNDIAL. *Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?*, Daniel Cotlear, editor. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / BancoMundial, Oficina de Lima, Perú. 1ª edición, 2006. Pág. 224- 241
- CASTRO Julio. *Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 232-35
- DAMMERT Ana. Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Peru. Investigaciones BREVES 18. Consorcio de Investigación Económica y Social / Grupo de Análisis para el Desarrollo. Lima junio 2001. 1ª edición.
- DU BOIS, F; CHAVEZ, J; CUSATO, A. *Programas Sociales, salud y educación en el Perú: un balance de las políticas sociales*. Instituto Peruano de Economia., 2004
- FRANCKE, Marfil; REYNOSO, Raquel. *Salud y enfermedad en los márgenes. Diagnostico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión*. Consorcio de Investigación Económica y Social-Observatorio del Derecho a la Salud y CARE Perú. Diagnostico y Propuesta 32. Lima, junio 2007. Pág. 53-68
- FRANCKE, Pedro; ARROYO, Juan; GUZMAN, Alfredo. *Aportes para el gobierno peruano 2006-2011. Salud*. Consorcio de Investigación Económica y Social y ForoSalud. Lima Febrero 2006. Pág. 24-28
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda*. INEI; Lima, Perú. En

línea: <http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/IndDem/>, consultada el 18 de julio de 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI.
Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004 Consumo y pobreza.
INEI. Lima; Mayo, 2005. Pág. 63-64

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI.
Condiciones de vida en los departamentos del Perú: 2003-2004. INEI. Lima;
Junio, 2005. Pág. 21-22

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Encuesta Nacional de Hogares anual 2004 – 2007.* Lima, mayo 2009
http://censos.inei.gob.pe/DocumentosPublicos/Pobreza/2008/Exposicion_Pobreza_2008.pdf , consultada el 12 de julio 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida en el Perú - Mayo 2006.*
Informe Técnico N° 07. Lima, Julio 2006. Pág. 85-86.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Encuesta Nacional de Hogares Anual 2007 Documento: Ficha Técnica.* INEI; Lima, Perú. En línea: <http://www1.inei.gob.pe/web/enaho/180-Ficha-2007.pdf>, Pág. 4, consultada el 20 de junio 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI. *Perú: Perfil de la pobreza según departamentos.* INEI. Lima; Diciembre, 2007. Pág. 21-24.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-INEI. *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.* Segunda edición. Lima, agosto 2008. Pág. 103-111

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-INEI.
Condiciones de vida en el Perú: Evolución 1997-2004 Consumo y pobreza.
Lima. Mayo, 2005. Pág. 58-62

- JARAMILLO BAANANTE, Miguel; PARODI SIFUENTES, Sandro. *El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*. Grupo de análisis para el desarrollo-GRADE (documento de trabajo N° 46). Lima, 2004. Pág. 11-13.
- JARAMILLO BAANANTE, Miguel; PARODI SIFUENTES, Sandro. *La equidad del gasto público de salud: Análisis del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil*. Instituto Apoyo. Lima, Setiembre 2003. Pág. 4-7
- MADUEÑO DÁVILA, Miguel; ALARCÓN VILLAVARDE, Jorge; SANABRIA MONTAÑEZ, César. *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*. Phrplus – Perú. Lima, 2003. Pág. 13-16, 25-44.
- MONGE, Alvaro; VASQUEZ, Enrique; WINKELRIED, Diego. *¿Es el gasto público en programas sociales regresivo en el Perú?*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico : Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) 1a edición, junio 2009. (Documento de trabajo, 84). Pág. 10-28, 48-51
- NACIONES UNIDAS - PERÚ. *Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú. Un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión. Informe 2004*. Primera edición, noviembre 2004. Lima-Perú. Pág. 17-120.
- NACIONES UNIDAS. Resolución Asamblea General. *Declaración del Milenio*. 8va sesión plenaria. A/RES/55/2. Nueva York, septiembre 2000. Pág. 1-10
- NORMAS LEGALES. *Decreto Supremo N° 006-2006-SA*. Diario oficial El Peruano. Lima, 21 de marzo del 2006. Pág. 315151-315154
- NORMAS LEGALES. *Ley N°25657 Ley del Ministerio de Salud*. AÑO XX-N° 7891. Diario oficial El Peruano. Lima, 29 enero 2002. Pág. 216517-216521.

- OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA-MINISTERIO DE SALUD. *Análisis de la Situación de Salud del Perú – 2005*. Dirección General de Epidemiología, OGE-004/010. Lima, Perú. Julio, 2006. Pág. 169-172
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS; 2003.
- PARODI SIFUENTES, Sandro. *Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios*. Grupo de análisis para el desarrollo- GRADE. Concurso de Investigación CIES ACDI-IDRC 2005. Lima, 2005. Pág. 8-35.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ. *Ley N.º 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud*. Lima: Congreso de la República; 2009
- PETRERA Margarita – Observatorio de la salud. *Reflexiones y retos de la economía de la salud en América Latina*. Economía y Sociedad 64, CIES, julio 2007. Pag 67-73
- PETRERA, Margarita; SEINFELD, Janice. *Repensando la salud en el Perú*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y Proyecto Amares. 1ª edición, julio 2007. Pag 120-146.
- PORTOCARRERO, Augusto. *El aporte del SIS al financiamiento regional de salud. Análisis independiente del presupuesto en salud*. N°4, diciembre 2005. Consorcio de Investigación Económica y Social CIES y Observatorio del Derecho a la Salud. Lima – Perú , 2005.
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD. Gráficos sobre tasas de aseguramiento a junio del 2008. En línea: http://www.sis.gob.pe/a_estad_enaho.html, consultada el 30 de junio 2009
- SEGURO INTEGRAL DE SALUD. *Estadísticas a diciembre del 2006. Documento de trabajo*. Oficina de Informática y Estadística del SIS. Lima 2007. Pág. 2.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD. *Resumen estadístico a diciembre del 2003. Documento de trabajo.* Oficina de Informática y Estadística del SIS. Lima, 2004. Pág. 2.

SEINFELD, Janice. *Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios bajos y bajos?* Documento de trabajo 80. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; Consorcio de Investigación Económico y Social. Lima, septiembre 2007. Pág. 6-37

SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD. *Memoria Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud 1997- 2007. Diez años velando por la calidad de la atención de la salud en el Perú.* 2007, SEPS. Pág. 15-17.

VASQUEZ, Enrique – CIUP. *Programas sociales de ¿lucha contra la pobreza?: casos emblemáticos.* Economía y Sociedad 59, CIES, marzo 2006, pág 20-28

VELASQUEZ, Aníbal. *Análisis de la demanda de los servicios de salud en el Perú 2004, San Martín y Ucayali.* Producto 4. Partners for Health Reformplus. Perú, julio 2004.

VELÁSQUEZ, Aníbal; BENAVIDES, Bruno. *Impacto de la calidad de servicios de salud en la utilización del parto institucional en el Perú.* Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo. Serie Investigación. Lima, julio 2004. Pág. 17-19.

ANEXOS

Resultados de las variables individuales empleadas para análisis probit; las variables que no son dicotómicas fueron convertidas a formato dummie para el análisis.

percepción			
de			
enfermedad	Freq.	Percent	Cum.
-----+			
no	34,773	37.73	37.73
si	57,385	62.27	100.00
-----+			
Total	92,158	100.00	

con acceso			
a s.s.	Freq.	Percent	Cum.
-----+			
no	40,770	71.05	71.05
si	16,615	28.95	100.00
-----+			
Total	57,385	100.00	

con seguro			
sis	Freq.	Percent	Cum.
-----+			
no	45,984	80.13	80.13
si	11,401	19.87	100.00
-----+			
Total	57,385	100.00	

qtiles pais	Freq.	Percent	Cum.
-----+			
1	11,699	20.39	20.39
2	12,901	22.48	42.87
3	11,903	20.74	63.61
4	11,120	19.38	82.99
5	9,762	17.01	100.00
-----+			
Total	57,385	100.00	

área	Freq.	Percent	Cum.
rural	21,949	38.25	38.25
urbano	35,436	61.75	100.00
Total	57,385	100.00	

domin	Freq.	Percent	Cum.
costa	22,271	38.81	38.81
sierra	23,025	40.12	78.93
selva	12,089	21.07	100.00
Total	57,385	100.00	

edad	Freq.	Percent	Cum.
< 3	3,423	5.96	5.96
3 - 17	16,305	28.41	34.38
18 - 65	32,282	56.26	90.63
> 65	5,375	9.37	100.00
Total	57,385	100.00	

sexo	Freq.	Percent	Cum.
mujer	30,859	53.78	53.78
hombre	26,526	46.22	100.00
Total	57,385	100.00	

sexo jefe	Freq.	Percent	Cum.
hogar			
jefe mujer	10,941	19.07	19.07
jefe hombre	46,444	80.93	100.00
Total	57,385	100.00	

nivel jefe hogar	Freq.	Percent	Cum.
sin nivel/incial	3,839	6.69	6.69
primaria	23,207	40.44	47.13
secundaria	19,772	34.45	81.59

superior no univ.	4,937	8.60	90.19
superior univ.	5,630	9.81	100.00
-----+-----			
Total	57,385	100.00	

hacinamiento	Freq.	Percent	Cum.
-----+-----			
viv. con hacinamiento	7,839	13.66	13.66
viv. sin hacinamiento	49,537	86.34	100.00
-----+-----			
Total	57,376	100.00	

nbi3

hogares con vivienda según servicios			
higiénicos (necesidad básica			
insatisfecha 3	Freq.	Percent	Cum.
-----+-----			
vivienda con serv. higiénicos adecuados	44,878	78.21	78.21
vivienda sin serv. higiénicos adecuados	12,507	21.79	100.00
-----+-----			
Total	57,385	100.00	

Con servicios higiénicos adecuados: red de desagüe pública dentro o fuera de la vivienda o pozo séptico.

Sin servicios higiénicos adecuados: pozo ciego, acequia-río, no tiene servicios higiénicos.

Agua

abastecimiento de agua	Freq.	Percent	Cum.
-----+-----			
inadecuado abastecim. De agua	20,084	35.00	35.00
adecuado abastecim. De agua	37,301	65.00	100.00
-----+-----			
Total	57,385	100.00	

Adecuado abastecimiento de agua: red pública dentro o fuera de la vivienda o pilón público.

Inadecuado abastecimiento de agua: camión cisterna, pozo, río-acequia, otro.